



**Azienda
Sanitaria Locale FG**
Provincia
di Foggia

Direzione Strategica
Piazza Libertà, 1
Foggia
Partita IVA e C.F.
3499370710
Tel. 0881.884609
Fax 0881.884619

Il Programma annuale delle attività
“Obiettivi di equipe”
2015-2016
(Allegato n° 2)

Commissario Straordinario
dott. Vito Piazzolla

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 - Delicato - Rodi Garganico - Bovino - Zapponata - Biccari -
Orsara di Puglia - Poggio Imperiale - Pietramontecorvino - Ortona - Candela - Accadia - Rignano Garganico - Castelluccio dei Sauri - Sant'Agata di
Puglia - Casalvecchio di Puglia - Rocchetta Sant'Antonio - Volturino - Chieuti - Celenza Valfortore - Casalnuovo Monterotaro - Anzano di Puglia -
Castelnuovo della Daunia - Castelluccio Valmaggiore - Roseto Valfortore - San Marco la Catola - Monteleone di Puglia - Carlantino - Alberona - Panni -
Motta Montecorvino - Faeto - Volturara Appula - Isole Tremiti - Celle di San Vito



2015

1 - SERVIZI OSPEDALIERI - ASL FG - Foggia

PRESIDIO OSP.

N° e % Assistibili
N° e % Posti Letto
N° e % Posti Letto DH/DS

PRESIDIO SAN SEVERO - LUCERA		
457.419		72%
234		44%
27		45%

PRESIDIO CERIGNOLA		
96.408		15%
175		33%
13		22%

PRESIDIO MANFREDONIA		
80.012		13%
124		23%
20		33%

Centro di Responsabilità

Prestazioni cedute all'esterno
Prestazioni cedute all'interno
Costo del Personale
Consumo materiali sanitari
Prestazioni acquistate all'interno
Costi Generali (20% totale costi)

LABORATORIO ANALISI - SAN SEVERO		
2013	2014	
871.166	770.644	
3.482.160	3.626.341	
1.810.721	1.814.316	
1.484.808	1.495.359	
85.763	84.794	
676.258	678.894	

LABORATORIO ANALISI		
2013	2014	
1.609.554	1.383.603	
2.209.838	1.621.647	
1.104.912	1.121.923	
873.539	951.453	
126	135	
395.715	414.702	

LABORATORIO ANALISI		
2013	2014	
1.246.651	1.083.948	
2.103.259	1.581.594	
1.132.604	1.509.887	
958.046	981.508	
171.232	134.851	
452.376	525.249	

Centro di Responsabilità

Prestazioni cedute all'esterno
Prestazioni cedute all'interno
Costo del Personale
Consumo materiali sanitari
Prestazioni acquistate all'interno
Costi Generali (20% totale costi)

LABORATORIO ANALISI - LUCERA		
2013	2014	
519.638	357.655	
1.252.386	878.211	
520.087	486.860	
584.098	656.283	
0	590	
220.837	228.747	

LABORATORIO ANALISI - OBIETTIVI QUANTITATIVI

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

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

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

2

Equilibrio economico

Indicatore : 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.

Equilibrio economico

Indicatore : 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.

Equilibrio economico

Indicatore : 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.

3

Aumento produttività

Indicatore : Prestazioni ambulatoriali per esterni (rilevati dal CUP) maggiore dell'anno precedente (10%)

Aumento produttività

Indicatore : Prestazioni ambulatoriali per esterni (rilevati dal CUP) maggiore dell'anno precedente (10%)

Aumento produttività

Indicatore : Prestazioni ambulatoriali per esterni (rilevati dal CUP) maggiore dell'anno precedente (10%)

4

Incremento performance dei Servizi

Indicatore : andamento del rapporto costi operativi / numero totale prestazioni

Incremento performance dei Servizi

Indicatore : andamento del rapporto costi operativi / numero totale prestazioni

Incremento performance dei Servizi

Indicatore : andamento del rapporto costi operativi / numero totale prestazioni

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. (Entro il 31 dicembre 2015)

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. (Entro il 31 dicembre 2015)

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. (Entro il 31 dicembre 2015)



2015

1 - SERVIZI OSPEDALIERI - ASL FG - Foggia

PRESIDIO OSP.
 N° e % Assistibili
 N° e % Posti Letto
 N° e % Posti Letto DH/DS

PRESIDIO SAN SEVERO - LUCERA		
457.419		72%
234		44%
27		45%

PRESIDIO CERIGNOLA		
96.408		15%
175		33%
13		22%

PRESIDIO MANFREDONIA		
80.012		13%
124		23%
20		33%

6

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)

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)

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)

LABORATORIO ANALISI - OBIETTIVI QUALITATIVI

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.

Indicatore : i dati e le informazioni dovranno essere trasmessi entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso informativo secondo lo scadenziario approvato annualmente dalla G.R. e pubblicato sul sito aziendale

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.

Indicatore : i dati e le informazioni dovranno essere trasmessi entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso informativo secondo lo scadenziario approvato annualmente dalla G.R. e pubblicato sul sito aziendale

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.

Indicatore : i dati e le informazioni dovranno essere trasmessi entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso informativo secondo lo scadenziario approvato annualmente dalla G.R. e pubblicato sul sito aziendale



2015

1 - SERVIZI OSPEDALIERI - ASL FG - Foggia

PRESIDIO OSP.

N° e % Assistibili
 N° e % Posti Letto
 N° e % Posti Letto DH/DS

PRESIDIO SAN SEVERO - LUCERA		
457.419		72%
234		44%
27		45%

PRESIDIO CERIGNOLA		
96.408		15%
175		33%
13		22%

PRESIDIO MANFREDONIA		
80.012		13%
124		23%
20		33%

Centro di Responsabilità

Prestazioni cedute all'esterno
 Prestazioni cedute all'interno
 Costo del Personale
 Consumo materiali sanitari
 Prestazioni acquistate all'interno
 Costi Generali (20% totale costi)

CENTRO TRASFUSIONALE		
2013	2014	
		113.850
		565.241
		758.257
		340.817
		97.138
		239.242

CENTRO TRASFUSIONALE		
2013	2014	
		16.177
		432.789
		546.435
		339.014
		47.307
		186.551

CENTRO TRASFUSIONALE		
2013	2014	
		8.094
		285.163
		331.790
		73.232
		134.851
		107.975

CENTRO TRASFUSIONALE - OBIETTIVI QUANTITATIVI

1

Garantire l'autosufficienza di emocomponenti ed emoderivati nei PP.OO. assegnati

Indicatore: Rendiconto trimestrale su richieste all'esterno

Garantire l'autosufficienza di emocomponenti ed emoderivati nei PP.OO. assegnati

Indicatore: Rendiconto trimestrale su richieste all'esterno

Garantire l'autosufficienza di emocomponenti ed emoderivati nei PP.OO. assegnati

Indicatore: Rendiconto trimestrale su richieste all'esterno

2

Equilibrio economico

Indicatore: 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.

Equilibrio economico

Indicatore: 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.

Equilibrio economico

Indicatore: 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.

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.).

Indicatore: Superamento del rendiconto trimestrale ottenuto con rilevazioni non a sistema entro il 31 dicembre 2015; Refertazione on-line

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 entro il 31 dicembre 2015; Refertazione on-line

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 entro il 31 dicembre 2015; Refertazione on-line

4

Rendiconto trimestrale dei dati di attività al Controllo Gestione entro il mese successivo al trimestre relativamente alle prestazioni riguardanti le consulenze interne.

Indicatore: report sui dati di attività a cadenza trimestrale (da superare con il pieno utilizzo di One Care)

Rendiconto trimestrale dei dati di attività al Controllo Gestione entro il mese successivo al trimestre relativamente alle prestazioni riguardanti le consulenze interne.

Indicatore: report sui dati di attività a cadenza trimestrale (da superare con il pieno utilizzo di One Care)

Rendiconto trimestrale dei dati di attività al Controllo Gestione entro il mese successivo al trimestre relativamente alle prestazioni riguardanti le consulenze interne.

Indicatore: report sui dati di attività a cadenza trimestrale (da superare con il pieno utilizzo di One Care)



2015

1 - SERVIZI OSPEDALIERI - ASL FG - Foggia

PRESIDIO OSP.
 N° e % Assistibili
 N° e % Posti Letto
 N° e % Posti Letto DH/DS

PRESIDIO SAN SEVERO - LUCERA		
457.419		72%
234		44%
27		45%

PRESIDIO CERIGNOLA		
96.408		15%
175		33%
13		22%

PRESIDIO MANFREDONIA		
80.012		13%
124		23%
20		33%

CENTRO TRASFUSIONALE - 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 lo scadenzario approvato annualmente dalla G.R. e pubblicato sul sito aziendale</p>	<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 lo scadenzario approvato annualmente dalla G.R. e pubblicato sul sito aziendale</p>	<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 lo scadenzario approvato annualmente dalla G.R. e pubblicato sul sito aziendale</p>
2	<p>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</p> <p><i>Indicatore:</i> Effettuare almeno n° 1 incontro-audit con ogni UU.OO. di degenza registrando data, durata, elenco partecipanti e casi clinici discussi</p>	<p>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</p> <p><i>Indicatore:</i> Effettuare almeno n° 1 incontro-audit con ogni UU.OO. di degenza registrando data, durata, elenco partecipanti e casi clinici discussi</p>	<p>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</p> <p><i>Indicatore:</i> Effettuare almeno n° 1 incontro-audit con ogni UU.OO. di degenza registrando data, durata, elenco partecipanti e casi clinici discussi</p>
3	<p>Attività di promozione alla donazione di sangue e di tutela della salute</p> <p><i>Indicatore:</i> effettuare almeno n° 3 incontri con le scuole medie superiori ed inferiori e n° 3 seminari e conferenze</p>	<p>Attività di promozione alla donazione di sangue e di tutela della salute</p> <p><i>Indicatore:</i> effettuare almeno n° 3 incontri con le scuole medie superiori ed inferiori e n° 3 seminari e conferenze</p>	<p>Attività di promozione alla donazione di sangue e di tutela della salute</p> <p><i>Indicatore:</i> effettuare almeno n° 3 incontri con le scuole medie superiori ed inferiori e n° 3 seminari e conferenze</p>
4	<p>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</p> <p><i>Indicatore:</i> stesura delle linee guida e procedure condivise, effettuare almeno n° 3 incontro di formazione del personale, effettuare n° 2 riunioni con la Direzione Sanitaria di Presidio finalizzate alla corretta gestione delle frigo emoteche</p>	<p>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</p> <p><i>Indicatore:</i> stesura delle linee guida e procedure condivise, effettuare almeno n° 3 incontro di formazione del personale, effettuare n° 2 riunioni con la Direzione Sanitaria di Presidio finalizzate alla corretta gestione delle frigo emoteche</p>	<p>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</p> <p><i>Indicatore:</i> stesura delle linee guida e procedure condivise, effettuare almeno n° 3 incontro di formazione del personale, effettuare n° 2 riunioni con la Direzione Sanitaria di Presidio finalizzate alla corretta gestione delle frigo emoteche</p>
5	<p>Accreditamento dei CT</p> <p><i>Indicatore:</i> SI/NO</p>	<p>Accreditamento dei CT</p> <p><i>Indicatore:</i> SI/NO</p>	<p>Accreditamento dei CT</p> <p><i>Indicatore:</i> SI/NO</p>



2015

1 - SERVIZI OSPEDALIERI - ASL FG - Foggia

PRESIDIO OSP.
N° e % Assistibili
N° e % Posti Letto
N° e % Posti Letto DH/DS

PRESIDIO SAN SEVERO - LUCERA		
457.419		72%
234		44%
27		45%

PRESIDIO CERIGNOLA		
96.408		15%
175		33%
13		22%

PRESIDIO MANFREDONIA		
80.012		13%
124		23%
20		33%

Centro di Responsabilità

Prestazioni cedute all'esterno
Prestazioni cedute all'interno
Costo del Personale
Consumo materiali sanitari
Prestazioni acquistate all'interno
Costi Generali (20% totale costi)

RADIODIAGNOSTICA - SAN SEVERO		
	2013	2014
Prestazioni cedute all'esterno	281.038	343.768
Prestazioni cedute all'interno	318.482	323.335
Costo del Personale	1.040.962	966.367
Consumo materiali sanitari	111.725	67.084
Prestazioni acquistate all'interno	205	310
Costi Generali (20% totale costi)	230.578	206.752

RADIODIAGNOSTICA CERIGNOLA		
	2013	2014
Prestazioni cedute all'esterno	730.346	755.578
Prestazioni cedute all'interno	991.817	1.087.941
Costo del Personale	1.269.598	1.623.021
Consumo materiali sanitari	310.477	165.627
Prestazioni acquistate all'interno	5.002	1.993
Costi Generali (20% totale costi)	317.015	358.128

RADIODIAGNOSTICA MANFREDONIA		
	2013	2014
Prestazioni cedute all'esterno	600.756	525.741
Prestazioni cedute all'interno	776.133	900.090
Costo del Personale	1.450.230	1.556.439
Consumo materiali sanitari	129.800	51.211
Prestazioni acquistate all'interno	10.439	11.156
Costi Generali (20% totale costi)	318.094	323.761

Centro di Responsabilità

Prestazioni cedute all'esterno
Prestazioni cedute all'interno
Costo del Personale
Consumo materiali sanitari
Prestazioni acquistate all'interno
Costi Generali (20% totale costi)

RADIODIAGNOSTICA - LUCERA		
	2013	2014
Prestazioni cedute all'esterno	387.907	346.145
Prestazioni cedute all'interno	814.489	295.844
Costo del Personale	1.089.622	731.104
Consumo materiali sanitari	170.180	136.092
Prestazioni acquistate all'interno	0	16.193
Costi Generali (20% totale costi)	251.960	176.678

RADIODIAGNOSTICA OBIETTIVI QUANTITATIVI

1

Rispondere a tutta la domanda interna di prestazioni di Radiologia nei termini convenzionali

Indicatore: Relazione di reparti sulla motivazione di non chiusura della SDO entro i termini per motivi imputabili al servizio di laboratorio analisi

Rispondere a tutta la domanda interna di prestazioni di Radiologia nei termini convenzionali

Indicatore: Relazione di reparti sulla motivazione di non chiusura della SDO entro i termini per motivi imputabili al servizio di laboratorio analisi

Rispondere a tutta la domanda interna di prestazioni di Radiologia nei termini convenzionali

Indicatore: Relazione di reparti sulla motivazione di non chiusura della SDO entro i termini per motivi imputabili al servizio di laboratorio analisi

2

Aumento produttività

Indicatore: Prestazioni ambulatoriali per esterni (rilevati dal CUP) maggiore dell'anno precedente (10%)

Aumento produttività

Indicatore: Prestazioni ambulatoriali per esterni (rilevati dal CUP) maggiore dell'anno precedente (10%)

Aumento produttività

Indicatore: Prestazioni ambulatoriali per esterni (rilevati dal CUP) maggiore dell'anno precedente (10%)

3

Equilibrio economico

Indicatore: 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.

Equilibrio economico

Indicatore: 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.

Equilibrio economico

Indicatore: 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.

4

Incremento performance dei Servizi

Indicatore: andamento del rapporto costi operativi / numero totale prestazioni

Incremento performance dei Servizi

Indicatore: andamento del rapporto costi operativi / numero totale prestazioni

Incremento performance dei Servizi

Indicatore: andamento del rapporto costi operativi / numero totale prestazioni

5

Massimizzare l'utilizzo delle grandi macchine (TAC) garantendo una media di 16 prestazioni x turno di 6 ore x macchina, in orario istituzionale

Indicatore: Numero TC erogate: garantiti 6 turni a settimana

Massimizzare l'utilizzo delle grandi macchine (TAC) garantendo una media di 16 prestazioni x turno di 6 ore x macchina, in orario istituzionale

Indicatore: Numero TC erogate: garantiti 6 turni a settimana

Massimizzare l'utilizzo delle grandi macchine (TAC) garantendo una media di 16 prestazioni x turno di 6 ore x macchina, in orario istituzionale

Indicatore: Numero TC erogate: garantiti 6 turni a settimana

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.).

Indicatore: Integrazione RIS con applicativo One Care e CUP (entro il 31 dicembre 2015)

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: Integrazione RIS con applicativo One Care e CUP (entro il 31 dicembre 2015)

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: Integrazione RIS con applicativo One Care e CUP (entro il 31 dicembre 2015)



2015

1 - SERVIZI OSPEDALIERI - ASL FG - Foggia

PRESIDIO OSP.
 N° e % Assistibili
 N° e % Posti Letto
 N° e % Posti Letto DH/DS

PRESIDIO SAN SEVERO - LUCERA		
457.419		72%
234		44%
27		45%

PRESIDIO CERIGNOLA		
96.408		15%
175		33%
13		22%

PRESIDIO MANFREDONIA		
80.012		13%
124		23%
20		33%

7

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)

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)

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)

RADIODIAGNOSTICA OBIETTIVI QUALITATIVI

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.
Indicatore : i dati e le informazioni dovranno essere trasmessi entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso informativo secondo lo scadenziario approvato annualmente dalla G.R. e pubblicato sul sito aziendale

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.
Indicatore : i dati e le informazioni dovranno essere trasmessi entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso informativo secondo lo scadenziario approvato annualmente dalla G.R. e pubblicato sul sito aziendale

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.
Indicatore : i dati e le informazioni dovranno essere trasmessi entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso informativo secondo lo scadenziario approvato annualmente dalla G.R. e pubblicato sul sito aziendale

2

Garantire un livello ottimale delle prestazioni erogate (esterne ed interne - fonte Ris)
Indicatore: Prestazioni effettive valutate secondo il sistema di pesatura SIRM

Garantire un livello ottimale delle prestazioni erogate (esterne ed interne - fonte Ris)
Indicatore: Prestazioni effettive valutate secondo il sistema di pesatura SIRM

Garantire un livello ottimale delle prestazioni erogate (esterne ed interne - fonte Ris)
Indicatore: Prestazioni effettive valutate secondo il sistema di pesatura SIRM



2015

1 - SERVIZI OSPEDALIERI - ASL FG - Foggia

PRESIDIO OSP.

N° e % Assistibili
 N° e % Posti Letto
 N° e % Posti Letto DH/DS

PRESIDIO SAN SEVERO - LUCERA		
457.419		72%
234		44%
27		45%

PRESIDIO CERIGNOLA		
96.408		15%
175		33%
13		22%

PRESIDIO MANFREDONIA		
80.012		13%
124		23%
20		33%

Centro di Responsabilità

Prestazioni cedute all'esterno
 Prestazioni cedute all'interno
 Costo del Personale
 Consumo materiali sanitari
 Prestazioni acquistate all'interno
 Costi Generali (20% totale costi)

NEURORADIOLOGIA SAN SEVERO		
	2013	2014
Prestazioni cedute all'esterno	680.293	609.679
Prestazioni cedute all'interno	895.343	710.140
Costo del Personale	1.086.207	1.100.921
Consumo materiali sanitari	367.898	388.050
Prestazioni acquistate all'interno	0	0
Costi Generali (20% totale costi)	290.821	297.794

NEURORADIOLOGIA OBIETTIVI QUANTITATIVI

1

Rispondere a tutta la domanda interna di prestazioni di Radiologia nei termini convenzionali

Indicatore: Relazione di reparti sulla motivazione di non chiusura della SDO entro i termini per motivi imputabili al servizio di laboratorio analisi

2

Aumento produttività

Indicatore: Prestazioni ambulatoriali per esterni (rilevati dal CUP) maggiore dell'anno precedente (10%)

3

Raggiungimento equilibrio economico

Indicatore: 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.

4

Incremento performance dei Servizi

Indicatore: andamento del rapporto costi operativi / numero totale prestazioni

5

Massimizzare l'utilizzo delle grandi macchine (TAC) garantendo una media di 16 prestazioni x turno di 6 ore x macchina, in orario istituzionale

Indicatore: Numero TC erogate: garantiti 6 turni a settimana

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.).

Indicatore: Integrazione RIS con applicativo One Care e CUP (entro il 31 dicembre 2015)

7

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)



2015

1 - SERVIZI OSPEDALIERI - ASL FG - Foggia

PRESIDIO OSP.	PRESIDIO SAN SEVERO - LUCERA		PRESIDIO CERIGNOLA		PRESIDIO MANFREDONIA	
	N° e % Assistibili	457.419	72%	96.408	15%	80.012
N° e % Posti Letto	234	44%	175	33%	124	23%
N° e % Posti Letto DH/DS	27	45%	13	22%	20	33%

NEURORADIOLOGIA OBIETTIVI QUALITATIVI

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.

Indicatore: i dati e le informazioni dovranno essere trasmessi entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso informativo secondo lo scadenario approvato annualmente dalla G.R. e pubblicato sul sito aziendale

2

Garantire un livello ottimale delle prestazioni erogate (esterne ed interne - fonte Ris)

Indicatore: Prestazioni effettive valutate secondo il sistema di pesatura SIRM



2015

1 - SERVIZI OSPEDALIERI - ASL FG - Foggia

PRESIDIO OSP.
 N° e % Assistibili
 N° e % Posti Letto
 N° e % Posti Letto DH/DS

PRESIDIO SAN SEVERO - LUCERA		
457.419		72%
234		44%
27		45%

PRESIDIO CERIGNOLA		
96.408		15%
175		33%
13		22%

PRESIDIO MANFREDONIA		
80.012		13%
124		23%
20		33%

Centro di Responsabilità

Prestazioni cedute all'esterno
 Prestazioni cedute all'interno
 Costo del Personale
 Consumo materiali sanitari
 Prestazioni acquistate all'interno
 Costi Generali (20% totale costi)

COLPOCITOLOGIA CERIGNOLA	
2013	2014
172.135	183.936
5.899	4.509
638.832	633.762
0	77.007
0	-
127.766	142.154

COLPOCITOLOGIA OBIETTIVI QUANTITATIVI

1

Partecipazione al programma regionale di screening cervico-carcinoma come centro di II e III livello per le pazienti provenienti da tutta la provincia

Indicatore: Report delle attività a cadenza semestrale

2

Attivazione di DH della gestione della paziente in citologia cervico-vaginale dall' ACSUS in poi

Indicatore: SI/ NO su disposizione della Direzione Sanitaria

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

Indicatore: SI/ NO su disposizione della Direzione Sanitaria

4

Attivazione di un programma relativo alla diagnosi precoce e terapia medico/chirurgica delle patologie benigne o neoplastiche della cavità uterina

Indicatore: rispetto delle linee guida nazionali con produzione di protocolli e procedura chek-list per la gestione delle pazienti con citologia sospetta /positiva: ACSUS+

5

Equilibrio economico

Indicatore: 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.

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.).

Indicatore: Superamento del rendiconto trimestrale ottenuto con rilevazioni non a sistema entro il 31 dicembre 2015; Refertazione on-line

7

Rendiconto trimestrale dei dati di attività al Controllo Gestione entro il mese successivo al trimestre relativamente alle prestazioni riguardanti le consulenze interne.

Indicatore: report sui dati di attività a cadenza trimestrale (da superare con il pieno utilizzo di One Care)



2015

1 - SERVIZI OSPEDALIERI - ASL FG - Foggia

PRESIDIO OSP.
 N° e % Assistibili
 N° e % Posti Letto
 N° e % Posti Letto DH/DS

PRESIDIO SAN SEVERO - LUCERA		
457.419		72%
234		44%
27		45%

PRESIDIO CERIGNOLA		
96.408		15%
175		33%
13		22%

PRESIDIO MANFREDONIA		
80.012		13%
124		23%
20		33%

COLPOCITOLOGIA OBIETTIVI QUALITATIVI

1

Ricerca del papilloma virus nei partner della pazienti positive al papilloma virus ad alto e basso rischio (HR, LR)

Indicatore: attività di informazione del servizio attivato sui MMG e attraverso locandine da affiggere nel P.O.; - miglioramnteo dei dati di attività

2

Sensibilizzazione e informazione sulle Malattie Sessualmente Trasmesse (MST): della popolaziene giovanile delle scuole secondarie mediante incontri formativi e attivazione di un centro di ascolto e del territorio attraverso le Associazioni

Indicatore: effettuare n° 3 incontri/anno registrando data, durata, elenco partecipanti e temi discussi

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.

Indicatore: comunicazione mensile al CdG (solo in caso di variazioni)



2015

1 - SERVIZI OSPEDALIERI - ASL FG - Foggia

PRESIDIO OSP.
 N° e % Assistibili
 N° e % Posti Letto
 N° e % Posti Letto DH/DS

PRESIDIO SAN SEVERO - LUCERA		
457.419		72%
234		44%
27		45%

PRESIDIO CERIGNOLA		
96.408		15%
175		33%
13		22%

PRESIDIO MANFREDONIA		
80.012		13%
124		23%
20		33%

Centro di Responsabilità

Prestazioni cedute all'esterno
 Prestazioni cedute all'interno
 Costo del Personale
 Consumo materiali sanitari
 Prestazioni acquistate all'interno
 Costi Generali (20% totale costi)

DIABETOLOGIA CERIGNOLA		
2013	2014	
63.899	61.537	
3.326	3.300	
271.309	311.620	
0	254	
4.950	1.872	
55.252	62.749	

DIABETOLOGIA MANFREDONIA		
2013	2014	
203.163	222.872	
3.202	3.787	
387.874	427.132	
0	2.844	
8.327	6.464	
79.240	87.288	

DIABETOLOGIA OBIETTIVI QUANTITATIVI

1

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.

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.

Indicatore: Predisposizione dell'evento e distribuzione materiale informativi sul diabete, sul corretto stile di vita (dieta, attività fisica), forniti anche dalla International Diabetes Federation.

Indicatore: Predisposizione dell'evento e distribuzione materiale informativi sul diabete, sul corretto stile di vita (dieta, attività fisica), forniti anche dalla International Diabetes Federation.

2

Screening di base su piede diabetico
Indicatore: Predisposizione di un Piano di screening
 Raggiungimento di una percentuale soddisfacente (100% dei pazienti in carico)

Screening di base su piede diabetico
Indicatore: Predisposizione di un Piano di screening
 Raggiungimento di una percentuale soddisfacente (100% dei pazienti in carico)

3

Miglioramento dell'equilibrio economico
Indicatore: 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.

Miglioramento dell'equilibrio economico
Indicatore: 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.

4

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 entro il 31 dicembre 2015;
 Refertazione on-line

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 entro il 31 dicembre 2015;
 Refertazione on-line

5

Rendiconto trimestrale dei dati di attività al Controllo Gestione entro il mese successivo al trimestre relativamente alle prestazioni riguardanti le consulenze interne.
Indicatore: Report sui dati di attività a cadenza trimestrale (da superare con il pieno utilizzo di One Care)

Rendiconto trimestrale dei dati di attività al Controllo Gestione entro il mese successivo al trimestre relativamente alle prestazioni riguardanti le consulenze interne.
Indicatore: Report sui dati di attività a cadenza trimestrale (da superare con il pieno utilizzo di One Care)



2015

1 - SERVIZI OSPEDALIERI - ASL FG - Foggia

PRESIDIO OSP.
 N° e % Assistibili
 N° e % Posti Letto
 N° e % Posti Letto DH/DS

PRESIDIO SAN SEVERO - LUCERA		
457.419		72%
234		44%
27		45%

PRESIDIO CERIGNOLA		
96.408		15%
175		33%
13		22%

PRESIDIO MANFREDONIA		
80.012		13%
124		23%
20		33%

DIABETOLOGIA OBIETTIVI QUALITATIVI

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.

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.

Indicatore: i dati e le informazioni dovranno essere trasmessi entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso informativo secondo lo scadenziario approvato annualmente dalla G.R. e pubblicato sul sito aziendale

Indicatore: i dati e le informazioni dovranno essere trasmessi entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso informativo secondo lo scadenziario approvato annualmente dalla G.R. e pubblicato sul sito aziendale

2

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

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

Indicatore: 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.

Indicatore: 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.

3

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

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

Indicatore: 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

Indicatore: 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

4

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

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

Indicatore: a) definizione di n° 1 percorso diagnostico per la diagnosi precoce e n. 1 protocollo per la gestione integrata della malattia (anno 2015)
 b) presentazione di n. 1 un progetto in tal senso

Indicatore: a) definizione di n° 1 percorso diagnostico per la diagnosi precoce e n. 1 protocollo per la gestione integrata della malattia (anno 2015)
 b) presentazione di n. 1 un progetto in tal senso

5

Educazione Terapeutica alla somministrazione di insulina (modalità, sedi, uso delle penne) svolti da Infermiera professionale

Educazione Terapeutica alla somministrazione di insulina (modalità, sedi, uso delle penne) svolti da Infermiera professionale

Indicatore: 1) Predisposizione di materiale informativo/educativo 2) n° incontri svolti per gruppi di pazienti

Indicatore: 1) Predisposizione di materiale informativo/educativo 2) n° incontri svolti per gruppi di pazienti

6

Realizzazione, in collaborazione con la struttura di statistica ed epidemiologia, di uno studio epidemiologico longitudinale e di popolazione mirato alla evidenziazione della "Diffusione/prevalenza del Diabete Mellito nella provincia di Foggia "

Realizzazione, in collaborazione con la struttura di statistica ed epidemiologia, di uno studio epidemiologico longitudinale e di popolazione mirato alla evidenziazione della "Diffusione/prevalenza del Diabete Mellito nella provincia di Foggia "

Indicatore: SI/NO

Indicatore: SI/NO



2015

1 - SERVIZI OSPEDALIERI - ASL FG - Foggia

PRESIDIO OSP.
 N° e % Assistibili
 N° e % Posti Letto
 N° e % Posti Letto DH/DS

PRESIDIO SAN SEVERO - LUCERA		
457.419		72%
234		44%
27		45%

PRESIDIO CERIGNOLA		
96.408		15%
175		33%
13		22%

PRESIDIO MANFREDONIA		
80.012		13%
124		23%
20		33%

Centro di Responsabilità

Prestazioni cedute all'esterno
 Prestazioni cedute all'interno
 Costo del Personale
 Consumo materiali sanitari
 Prestazioni acquistate all'interno
 Costi Generali (20% totale costi)

SENOLOGIA CERIGNOLA - A VALENZA DIPARTIMENTALE		
	2013	2014
	164.226	273.349
	1.279	1.542
	181.911	186.244
	0	3.718
	0	0
	36.382	37.992

SENOLOGIA OBIETTIVI QUANTITATIVI

1

Abbattimento, nel corso del triennio, delle liste di attesa

Indicatore: Rispetto dei tempi indicati dalla normativa vigente

2

Equilibrio economico

Indicatore: 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.

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.).

Indicatore: Superamento del rendiconto trimestrale ottenuto con rilevazioni non a sistema entro il 31 dicembre 2015;
 Refertazione on-line

4

Rendiconto trimestrale dei dati di attività al Controllo Gestione entro il mese successivo al trimestre relativamente alle prestazioni riguardanti le consulenze interne.

Indicatore: Report sui dati di attività a cadenza trimestrale (da superare con il pieno utilizzo di One Care)

SENOLOGIA OBIETTIVI QUALITATIVI

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.

Indicatore: i dati e le informazioni dovranno essere trasmessi entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso informativo secondo lo scadenario approvato annualmente dalla G.R. e pubblicato sul sito aziendale

2

Accompagnamento della pazienti nell'iter diagnostico-terapeutico finalizzato all'intervento chirurgico e successiva terapia oncologica

Indicatore: 1) Definizione di n. 1 protocollo;
 2) Raggiungimento di una % soddisfacente (> 20%)



2015

2 - AREA CRITICA - ASL FG Foggia

PRESIDIO OSP.

N° e % Assistibili
N° e % Posti Letto
N° e % Posti Letto DH/DS

PRESIDIO SAN SEVERO - LUCERA		
457.419		72%
234		44%
27		45%

PRESIDIO CERIGNOLA		
96.408		15%
175		33%
13		22%

PRESIDIO MANFREDONIA		
80.012		13%
124		23%
20		33%

Centro di Responsabilità

MED. E CHIR. D'ACCET. E URG.

MED. E CHIR. D'ACCET. E URG.

MED. E CHIR. D'ACCET. E URG.

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

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 (entro il 31 dicembre 2015)</p>	<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 (entro il 31 dicembre 2015)</p>	<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 (entro il 31 dicembre 2015)</p>
2	<p>Miglioramento sull'appropriatezza delle richieste diagnostiche. Diminuzione della spesa sui farmaci e presidi.</p> <p>Indicatore: Incidenza % costo esami < anno precedente</p>	<p>Miglioramento sull'appropriatezza delle richieste diagnostiche. Diminuzione della spesa sui farmaci e presidi.</p> <p>Indicatore: Incidenza % costo esami < anno precedente</p>	<p>Miglioramento sull'appropriatezza delle richieste diagnostiche. Diminuzione della spesa sui farmaci e presidi.</p> <p>Indicatore: Incidenza % costo esami < anno precedente</p>
3	<p>Miglioramento attività di "filtro" del reparto.</p> <p>Indicatore: tasso di ricovero < 20%.</p>	<p>Miglioramento attività di "filtro" del reparto.</p> <p>Indicatore: tasso di ricovero < 20%.</p>	<p>Miglioramento attività di "filtro" del reparto.</p> <p>Indicatore: tasso di ricovero < 20%.</p>
4	<p>Analisi degli accessi classificati sinteticamente con gli esiti</p> <p>Indicatore: Report trimestrale</p>	<p>Analisi degli accessi classificati sinteticamente con gli esiti</p> <p>Indicatore: Report trimestrale</p>	<p>Analisi degli accessi classificati sinteticamente con gli esiti</p> <p>Indicatore: Report trimestrale</p>
5	<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>	<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>	<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>



2015

2 - AREA CRITICA - ASL FG Foggia

PRESIDIO OSP.

N° e % Assistibili
N° e % Posti Letto
N° e % Posti Letto DH/DS

PRESIDIO SAN SEVERO - LUCERA		
457.419		72%
234		44%
27		45%

PRESIDIO CERIGNOLA		
96.408		15%
175		33%
13		22%

PRESIDIO MANFREDONIA		
80.012		13%
124		23%
20		33%

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

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.

Indicatore: i dati e le informazioni dovranno essere trasmessi entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso informativo secondo lo scadenzario approvato annualmente dalla G.R. e pubblicato sul sito aziendale

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.

Indicatore: i dati e le informazioni dovranno essere trasmessi entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso informativo secondo lo scadenzario approvato annualmente dalla G.R. e pubblicato sul sito aziendale

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.

Indicatore: i dati e le informazioni dovranno essere trasmessi entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso informativo secondo lo scadenzario approvato annualmente dalla G.R. e pubblicato sul sito aziendale

2

Integrazione con il 118 e territorio (con i DSS di appartenenza)

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).

Integrazione con il 118 e territorio (con i DSS di appartenenza)

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).

Integrazione con il 118 e territorio (con i DSS di appartenenza)

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).

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.

Indicatore: 1) Formulazione della proposta entro il 30 settembre 2015 2) Revisione semestrale del modello proposto.

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.

Indicatore: 1) Formulazione della proposta entro il 30 settembre 2015 2) Revisione semestrale del modello proposto.

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.

Indicatore: 1) Formulazione della proposta entro il 30 settembre 2015 2) Revisione semestrale del modello proposto.



2015

2 - AREA CRITICA - ASL FG Foggia

PRESIDIO OSP.

N° e % Assistibili
N° e % Posti Letto
N° e % Posti Letto DH/DS

PRESIDIO SAN SEVERO - LUCERA	
457.419	72%
234	44%
27	45%

PRESIDIO CERIGNOLA	
96.408	15%
175	33%
13	22%

PRESIDIO MANFREDONIA	
80.012	13%
124	23%
20	33%

Centro di Responsabilità

N° Posti Letto
Ricoveri ordinari
TO
Peso Medio DRG
N° Posti Letto D.H.
Prestazioni cedute all'esterno
Prestazioni cedute all'interno
Costo del Personale
Consumo materiali sanitari
Prestazioni acquistate all'interno
Costi Generali (20% totale costi)

CARDIOLOGIA - U.T.I.C.- RIABILITAZIONE C. SAN SEVERO		
	2013	2014
N° Posti Letto	31	23
Ricoveri ordinari	1.365	1.323
TO	58,8	83,7
Peso Medio DRG	0,95	1,08
N° Posti Letto D.H.		1
Prestazioni cedute all'esterno	4.867.216	4.818.146
Prestazioni cedute all'interno	415.872	425.047
Costo del Personale	3.537.058	3.256.085
Consumo materiali sanitari	1.298.448	2.199.374
Prestazioni acquistate all'interno	552.198	581.580
Costi Generali (20% totale costi)	1.077.541	1.207.408

CARDIOLOGIA - U.T.I.C. CERIGNOLA		
	2013	2014
N° Posti Letto	16	17
Ricoveri ordinari	781	868
TO	55,2	64,6
Peso Medio DRG	1,17	1,08
N° Posti Letto D.H.		1
Prestazioni cedute all'esterno	3.082.969	2.790.757
Prestazioni cedute all'interno	246.892	271.423
Costo del Personale	1.687.583	1.979.591
Consumo materiali sanitari	1.532.808	1.408.294
Prestazioni acquistate all'interno	251.023	196.978
Costi Generali (20% totale costi)	694.283	716.973

CARDIOLOGIA MANFREDONIA		
	2013	2014
N° Posti Letto	16	16
Ricoveri ordinari	770	821
TO	91,6	69,6
Peso Medio DRG	0,83	0,81
N° Posti Letto D.H.		1
Prestazioni cedute all'esterno	2.030.047	1.783.552
Prestazioni cedute all'interno	154.452	163.348
Costo del Personale	1.978.018	1.612.738
Consumo materiali sanitari	110.348	82.996
Prestazioni acquistate all'interno	298.803	242.884
Costi Generali (20% totale costi)	477.434	387.724

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

1

Ottimizzazione del tasso di utilizzo dei posti letto.

Indicatore: Tasso di utilizzo dei posti letto > 75%
(i posti letto sono quelli indicati nei flussi ministeriali).

Ottimizzazione del tasso di utilizzo dei posti letto.

Indicatore: Tasso di utilizzo dei posti letto > 75%
(i posti letto sono quelli indicati nei flussi ministeriali).

Ottimizzazione del tasso di utilizzo dei posti letto.

Indicatore: Tasso di utilizzo dei posti letto > 75%
(i posti letto sono quelli indicati nei flussi ministeriali).

2

Potenziamento della qualità, efficienza ed appropriatezza dell'assistenza ospedaliera attraverso il raggiungimento dei due indicatori di risultato

Indicatore: 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%.

Potenziamento della qualità, efficienza ed appropriatezza dell'assistenza ospedaliera attraverso il raggiungimento dei due indicatori di risultato

Indicatore: 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%.

Potenziamento della qualità, efficienza ed appropriatezza dell'assistenza ospedaliera attraverso il raggiungimento dei due indicatori di risultato

Indicatore: 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%.

3

Riduzione ospedalizzazione ordinaria e diurna (DH e DS) inappropriata o domiciliabile

Indicatore: Riduzione rispetto all'esercizio precedente

Riduzione ospedalizzazione ordinaria e diurna (DH e DS) inappropriata o domiciliabile

Indicatore: Riduzione rispetto all'esercizio precedente

Riduzione ospedalizzazione ordinaria e diurna (DH e DS) inappropriata o domiciliabile

Indicatore: Riduzione rispetto all'esercizio precedente

4

Estensione orario di lavoro per le attività ambulatoriali rivolte a pazienti esterni ed interni al fine di ridurre le liste di attesa

Indicatore: Presentazione di una proposta operativa

Estensione orario di lavoro per le attività ambulatoriali rivolte a pazienti esterni ed interni al fine di ridurre le liste di attesa

Indicatore: Presentazione di una proposta operativa

Estensione orario di lavoro per le attività ambulatoriali rivolte a pazienti esterni ed interni al fine di ridurre le liste di attesa

Indicatore: Presentazione di una proposta operativa

Equilibrio economico

Equilibrio economico

Equilibrio economico



2015

2 - AREA CRITICA - ASL FG Foggia

PRESIDIO OSP.

N° e % Assistibili
N° e % Posti Letto
N° e % Posti Letto DH/DS

PRESIDIO SAN SEVERO - LUCERA		
457.419		72%
234		44%
27		45%

PRESIDIO CERIGNOLA		
96.408		15%
175		33%
13		22%

PRESIDIO MANFREDONIA		
80.012		13%
124		23%
20		33%

5

Indicatore: 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

Indicatore: 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

Indicatore: 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

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.).

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.).

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 fuori sistema (entro il 31 dicembre 2015)

Indicatore: Superamento del rendiconto trimestrale ottenuto con rilevazioni fuori sistema (entro il 31 dicembre 2015)

Indicatore: Superamento del rendiconto trimestrale ottenuto con rilevazioni fuori sistema (entro il 31 dicembre 2015)

7

Rendiconto trimestrale dei dati di attività al Controllo Gestione entro il mese successivo al trimestre relativamente alle prestazioni riguardanti le consulenze interne.

Rendiconto trimestrale dei dati di attività al Controllo Gestione entro il mese successivo al trimestre relativamente alle prestazioni riguardanti le consulenze interne.

Rendiconto trimestrale dei dati di attività al Controllo Gestione entro il mese successivo al trimestre relativamente alle prestazioni riguardanti le consulenze interne.

Indicatore: N° 4 report/anno sui dati di attività da inviarsi trimestralmente (da superare con il pieno utilizzo di *One Care*)

Indicatore: N° 4 report/anno sui dati di attività da inviarsi trimestralmente (da superare con il pieno utilizzo di *One Care*)

Indicatore: N° 4 report/anno sui dati di attività da inviarsi trimestralmente (da superare con il pieno utilizzo di *One Care*)

8

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.

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.

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.

Indicatore: 1) formulazione della proposta entro il 30 settembre 2015; 2) Revisione semestrale del modello proposto.

Indicatore: 1) formulazione della proposta entro il 30 settembre 2015; 2) Revisione semestrale del modello proposto.

Indicatore: 1) formulazione della proposta entro il 30 settembre 2015; 2) Revisione semestrale del modello proposto.



2015

2 - AREA CRITICA - ASL FG Foggia

PRESIDIO OSP.

N° e % Assistibili
N° e % Posti Letto
N° e % Posti Letto DH/DS

PRESIDIO SAN SEVERO - LUCERA		
457.419		72%
234		44%
27		45%

PRESIDIO CERIGNOLA		
96.408		15%
175		33%
13		22%

PRESIDIO MANFREDONIA		
80.012		13%
124		23%
20		33%

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

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.

Indicatore: i dati e le informazioni dovranno essere trasmessi entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso informativo secondo lo scadenzario approvato annualmente dalla G.R. e pubblicato sul sito aziendale

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.

Indicatore: i dati e le informazioni dovranno essere trasmessi entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso informativo secondo lo scadenzario approvato annualmente dalla G.R. e pubblicato sul sito aziendale

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.

Indicatore: i dati e le informazioni dovranno essere trasmessi entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso informativo secondo lo scadenzario approvato annualmente dalla G.R. e pubblicato sul sito aziendale

2

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

Indicatore: Definizione di almeno n. 3 protocolli

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

Indicatore: Definizione di almeno n. 3 protocolli

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

Indicatore: Definizione di almeno n. 3 protocolli

3

Revisione della cartella clinica su un caso clinico di particolare rilevanza e problematicità nell'ottica dell'integrazione Ospedale Territorio

Indicatore: Effettuare almeno 10 sedute di Medical Audit, registrando data, durata, elenco partecipanti e casi clinici discussi.

Revisione della cartella clinica su un caso clinico di particolare rilevanza e problematicità nell'ottica dell'integrazione Ospedale Territorio

Indicatore: Effettuare almeno 10 sedute di Medical Audit, registrando data, durata, elenco partecipanti e casi clinici discussi.

Revisione della cartella clinica su un caso clinico di particolare rilevanza e problematicità nell'ottica dell'integrazione Ospedale Territorio

Indicatore: Effettuare almeno 10 sedute di Medical Audit, registrando data, durata, elenco partecipanti e casi clinici discussi.

4

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.

Indicatore: Individuazione casi ricorrenti. Formalizzazione degli incontri con verbali e definizione di protocolli d'intesa.

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.

Indicatore: Individuazione casi ricorrenti. Formalizzazione degli incontri con verbali e definizione di protocolli d'intesa.

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.

Indicatore: Individuazione casi ricorrenti. Formalizzazione degli incontri con verbali e definizione di protocolli d'intesa.



2015

2 - AREA CRITICA - ASL FG Foggia

PRESIDIO OSP.

N° e % Assistibili
N° e % Posti Letto
N° e % Posti Letto DH/DS

PRESIDIO SAN SEVERO - LUCERA	
457.419	72%
234	44%
27	45%

PRESIDIO CERIGNOLA	
96.408	15%
175	33%
13	22%

PRESIDIO MANFREDONIA	
80.012	13%
124	23%
20	33%

Centro di Responsabilità

Prestazioni cedute all'esterno
Prestazioni cedute all'interno
Costo del Personale
Consumo materiali sanitari
Prestazioni acquistate all'interno
Costi Generali (20% totale costi)

ANESTESIA - BLOCCO OPERATORIO	
1.152.890	1.043.569
155.941	154.921
3.129.888	3.879.032
1.132.071	1.009.137
287.835	260.511
909.959	1.029.736

ANESTESIA - BLOCCO OPERATORIO	
727.721	617.711
64.260	79.291
2.969.927	3.020.725
460.341	420.154
167.960	102.743
719.646	708.724

ANESTESIA - BLOCCO OPERATORIO	
4.880	4.572
66.547	76.277
2.129.264	1.222.982
114.699	97.610
0	110
448.793	264.141

ANESTESIA - BLOCCO OPERATORIO OBIETTIVI QUANTITATIVI

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%.

Indicatore: Trasmissione del programma concordato sottoscritto dal Primario chirurgo, Direttore Sanitario del Presidio e Primario Anestesia

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%.

Indicatore: Trasmissione del programma concordato sottoscritto dal Primario chirurgo, Direttore Sanitario del Presidio e Primario Anestesia

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%.

Indicatore: Trasmissione del programma concordato sottoscritto dal Primario chirurgo, Direttore Sanitario del Presidio e Primario Anestesia

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.

Indicatore: Azzeramento liste di attesa per specialità.

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.

Indicatore: Azzeramento liste di attesa per specialità.

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.

Indicatore: Azzeramento liste di attesa per specialità.

3

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.

Indicatore: Relazione in contraddittorio con la società fornitrice del software.

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.

Indicatore: Relazione in contraddittorio con la società fornitrice del software.

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.

Indicatore: Relazione in contraddittorio con la società fornitrice del software.

4

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).

Indicatore: N° 4 report/anno sui dati di attività da inviarsi trimestralmente (da superare con il pieno utilizzo di One Care)

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).

Indicatore: N° 4 report/anno sui dati di attività da inviarsi trimestralmente (da superare con il pieno utilizzo di One Care)

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).

Indicatore: N° 4 report/anno sui dati di attività da inviarsi trimestralmente (da superare con il pieno utilizzo di One Care)



2015

2 - AREA CRITICA - ASL FG Foggia

PRESIDIO OSP.

N° e % Assistibili
N° e % Posti Letto
N° e % Posti Letto DH/DS

PRESIDIO SAN SEVERO - LUCERA		
457.419		72%
234		44%
27		45%

PRESIDIO CERIGNOLA		
96.408		15%
175		33%
13		22%

PRESIDIO MANFREDONIA		
80.012		13%
124		23%
20		33%

ANESTESIA - BLOCCO OPERATORIO OBIETTIVI QUALITATIVI

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.

Indicatore: i dati e le informazioni dovranno essere trasmessi entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso informativo secondo lo scadenziario approvato annualmente dalla G.R. e pubblicato sul sito aziendale

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.

Indicatore: i dati e le informazioni dovranno essere trasmessi entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso informativo secondo lo scadenziario approvato annualmente dalla G.R. e pubblicato sul sito aziendale

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.

Indicatore: i dati e le informazioni dovranno essere trasmessi entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso informativo secondo lo scadenziario approvato annualmente dalla G.R. e pubblicato sul sito aziendale

2

Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente

Indicatore: a) Correta e completa compilazione della chek list preoperatoria b) attività formativa gestita da Risk Management

Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente

Indicatore: a) Correta e completa compilazione della chek list preoperatoria b) attività formativa gestita da Risk Management

Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente

Indicatore: a) Correta e completa compilazione della chek list preoperatoria b) attività formativa gestita da Risk Management

3

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.

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.

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.

4

Organizzazione del reparto per economizzare i tempi di rialzo

Organizzazione del reparto per economizzare i tempi di rialzo

Organizzazione del reparto per economizzare i tempi di rialzo



2015

2 - AREA CRITICA - ASL FG Foggia

PRESIDIO OSP.

N° e % Assistibili
N° e % Posti Letto
N° e % Posti Letto DH/DS

PRESIDIO SAN SEVERO - LUCERA	
457.419	72%
234	44%
27	45%

PRESIDIO CERIGNOLA	
96.408	15%
175	33%
13	22%

PRESIDIO MANFREDONIA	
80.012	13%
124	23%
20	33%

Centro di Responsabilità

N° Posti Letto
Ricoveri ordinari
TO
Peso Medio DRG
Prestazioni cedute all'esterno
Prestazioni cedute all'interno
Costo del Personale
Consumo materiali sanitari
Prestazioni acquistate all'interno
Costi Generali (20% totale costi)

ANESTESIA e RIANIMAZIONE - SAN SEVERO	
2013	2014
6	6
82	72
77,9	66,6
4,41	4,0
1.152.890	1.043.569
155.941	154.921
3.129.888	3.879.032
1.132.071	1.009.137
287.835	260.511
909.959	1.029.736

ANESTESIA e RIANIMAZIONE - CERIGNOLA	
2013	2014
2	4
80	66
157,7	67,5
3,06	2,97
727.721	617.711
64.260	79.291
2.969.927	3.020.725
460.341	420.154
167.960	102.743
719.646	708.724

PRESIDIO MANFREDONIA	
2013	2014
4.880	4.572
66.547	76.277
2.129.264	1.222.982
114.699	97.610
0	110
448.793	264.141

ANESTESIA E RIANIMAZIONE OBIETTIVI QUANTITATIVI

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%.

Indicatore: Trasmissione del programma concordato sottoscritto dal Primario chirurgo, Direttore Sanitario del Presidio e Primario Anestesia

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

Indicatore: Trasmissione del programma concordato sottoscritto dal Primario chirurgo, Direttore Sanitario del Presidio e Primario Anestesia

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.

Indicatore: Azzeramento liste di attesa per specialità.

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.

Indicatore: Azzeramento liste di attesa per specialità.

3

Ottimizzazione del tasso di utilizzo dei posti letto.

Indicatore: tasso di utilizzo dei posti letto > 75% (i posti letto sono quelli indicati nei flussi ministeriali).

Ottimizzazione del tasso di utilizzo dei posti letto.

Indicatore: tasso di utilizzo dei posti letto > 75% (i posti letto sono quelli indicati nei flussi ministeriali).

4

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

Indicatore: Relazione in contraddittorio con la società fornitrice del software.

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

Indicatore: Relazione in contraddittorio con la società fornitrice del software.

5

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).

Indicatore: N° 4 report/anno sui dati di attività da inviarsi trimestralmente (da superare con il pieno utilizzo di One Care)

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).

Indicatore: N° 4 report/anno sui dati di attività da inviarsi trimestralmente (da superare con il pieno utilizzo di One Care)



2015

2 - AREA CRITICA - ASL FG Foggia

PRESIDIO OSP.

N° e % Assistibili
N° e % Posti Letto
N° e % Posti Letto DH/DS

PRESIDIO SAN SEVERO - LUCERA		
457.419		72%
234		44%
27		45%

PRESIDIO CERIGNOLA		
96.408		15%
175		33%
13		22%

PRESIDIO MANFREDONIA		
80.012		13%
124		23%
20		33%

ANESTESIA E RIANIMAZIONE OBIETTIVI QUALITATIVI

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.

Indicatore: i dati e le informazioni dovranno essere trasmessi entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso informativo secondo lo scadenziario approvato annualmente dalla G.R. e pubblicato sul sito aziendale

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.

Indicatore: i dati e le informazioni dovranno essere trasmessi entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso informativo secondo lo scadenziario approvato annualmente dalla G.R. e pubblicato sul sito aziendale

2

Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente

Indicatore: a) Correta e completa compilazione della chek list preoperatoria
b) attività formativa gestita da Risk Management

Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente

Indicatore: a) Correta e completa compilazione della chek list preoperatoria
b) attività formativa gestita da Risk Management

3

Correttezza e completezza della cartella clinica

Indicatore: Numero cartelle conformi / numero cartelle controllate

Correttezza e completezza della cartella clinica

Indicatore: Numero cartelle conformi / numero cartelle controllate

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 anestesiológico. Adeguata

5

Organizzazione del reparto per economizzare i tempi di rialzo

Indicatore: SI/NO

Organizzazione del reparto per economizzare i tempi di rialzo

Indicatore: SI/NO



2015

3- MATERNITA' E INFANZIA - ASL FG Foggia

PRESIDIO OSP.

PRESIDIO SAN SEVERO - LUCERA	
N° e % Assistibili	457.419 72%
N° e % Posti Letto	234 44%
N° e % Posti Letto DH/DS	27 45%

PRESIDIO CERIGNOLA	
N° e % Assistibili	96.408 15%
N° e % Posti Letto	175 33%
N° e % Posti Letto DH/DS	13 22%

PRESIDIO MANFREDONIA	
N° e % Assistibili	80.012 13%
N° e % Posti Letto	124 23%
N° e % Posti Letto DH/DS	20 33%

Centro di Responsabilità

	GINECOLOGIA E OSTETRICIA	
	2013	2014
N° Posti Letto	23	24
Ricoveri ordinari	1.922	1.828
TO	73,9	69,8
Peso Medio DRG	0,60	1
N° Posti Letto D.H.		0
Prestazioni cedute all'esterno	3.302.690	2.923.377
Prestazioni cedute all'interno	172.780	166.088
Costo del Personale	2.356.865	2.407.073
Consumo materiali sanitari	431.716	382.363
Prestazioni acquistate all'interno	440.758	386.318
Costi Generali (20% totale costi)	645.868	635.151

	GINECOLOGIA E OSTETRICIA	
	2013	2014
N° Posti Letto	23	22
Ricoveri ordinari	1.542	1.509
TO	69,7	67,1
Peso Medio DRG	0,55	0,54
N° Posti Letto D.H.		2
Prestazioni cedute all'esterno	2.775.162	2.294.766
Prestazioni cedute all'interno	102.777	107.322
Costo del Personale	1.573.084	1.577.615
Consumo materiali sanitari	256.954	96.942
Prestazioni acquistate all'interno	289.085	246.670
Costi Generali (20% totale costi)	423.825	384.245

	GINECOLOGIA E OSTETRICIA	
	2013	2014
N° Posti Letto	22	reparto chiuso
Ricoveri ordinari	184	
TO	42,8	
Peso Medio DRG	0,54	
N° Posti Letto D.H.		2
Prestazioni cedute all'esterno	820.645	743.466
Prestazioni cedute all'interno	17.857	16.859
Costo del Personale	1.061.330	1.003.271
Consumo materiali sanitari	12.282	14.956
Prestazioni acquistate all'interno	132.067	77.041
Costi Generali (20% totale costi)	241.136	219.053

GINECOLOGIA E OSTETRICIA OBIETTIVI QUANTITATIVI

1

Ottimizzazione del tasso di utilizzo dei posti letto.

Indicatore: Tasso di utilizzo dei posti letto > 75%

Ottimizzazione del tasso di utilizzo dei posti letto.

Indicatore: Tasso di utilizzo dei posti letto > 75%

2

Ottimizzazione del tasso operati/dimessi.

Indicatore: 1) Tasso operati/dimessi > 70%
2) Istituzione registro dei pazienti in lista di attesa

Ottimizzazione del tasso operati/dimessi.

Indicatore: 1) Tasso operati/dimessi > 70%
2) Istituzione registro dei pazienti in lista di attesa

3

Riduzione dei parti cesarei.

Indicatore: La percentuale dei parti cesarei non deve superare il 20% rispetto al totale dei parti

Riduzione dei parti cesarei.

Indicatore: La percentuale dei parti cesarei non deve superare il 20% rispetto al totale dei parti

4

Potenziamento della qualità, efficienza ed appropriatezza dell'assistenza ospedaliera attraverso il raggiungimento dei due indicatori di risultato.

Indicatore: 1) rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (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%.

Potenziamento della qualità, efficienza ed appropriatezza dell'assistenza ospedaliera attraverso il raggiungimento dei due indicatori di risultato.

Indicatore: 1) rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (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%.

5

Riduzione ospedalizzazione ordinaria e diurna (DH e DS) inappropriata o domiciliabile

Indicatore: Riduzione rispetto all'esercizio precedente

Riduzione ospedalizzazione ordinaria e diurna (DH e DS) inappropriata o domiciliabile

Indicatore: Riduzione rispetto all'esercizio precedente



2015

3- MATERNITA' E INFANZIA - ASL FG Foggia

PRESIDIO OSP.	PRESIDIO SAN SEVERO - LUCERA		PRESIDIO CERIGNOLA		PRESIDIO MANFREDONIA	
	N° e % Assistibili	457.419	72%	96.408	15%	80.012
N° e % Posti Letto	234	44%	175	33%	124	23%
N° e % Posti Letto DH/DS	27	45%	13	22%	20	33%

6

Estensione orario di lavoro per le attività ambulatoriali rivolte a pazienti esterni ed interni al fine di ridurre le liste di attesa

Estensione orario di lavoro per le attività ambulatoriali rivolte a pazienti esterni ed interni al fine di ridurre le liste di attesa

7

Equilibrio economico

Indicatore: 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.

Equilibrio economico

Indicatore: 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.

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.).

Indicatore: Superamento del rendiconto trimestrale ottenuto con rilevazioni non a sistema (entro il 31 dicembre 2015)

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 (entro il 31 dicembre 2015)

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 anestesilogico.

Indicatore: Riduzione rispetto all'esercizio precedente

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.

Indicatore: Riduzione rispetto all'esercizio precedente

10

Mettere a regime il modulo applicativo per la gestione della sala operatoria

Indicatore: Utilizzo dell'applicativo

Mettere a regime il modulo applicativo per la gestione della sala operatoria

Indicatore: Utilizzo dell'applicativo

11

Rendiconto trimestrale dei dati di attività al Controllo Gestione entro il mese successivo al trimestre relativamente alle prestazioni riguardanti le consulenze interne.

Indicatore: N° 4 report/anno sui dati di attività da inviarsi trimestralmente (da superare con il pieno utilizzo di One Care)

Rendiconto trimestrale dei dati di attività al Controllo Gestione entro il mese successivo al trimestre relativamente alle prestazioni riguardanti le consulenze interne.

Indicatore: N° 4 report/anno sui dati di attività da inviarsi trimestralmente (da superare con il pieno utilizzo di One Care)



2015

3- MATERNITA' E INFANZIA - ASL FG Foggia

PRESIDIO OSP.	PRESIDIO SAN SEVERO - LUCERA		PRESIDIO CERIGNOLA		PRESIDIO MANFREDONIA	
	N° e % Assistibili	457.419	72%	96.408	15%	80.012
N° e % Posti Letto	234	44%	175	33%	124	23%
N° e % Posti Letto DH/DS	27	45%	13	22%	20	33%

GINECOLOGIA E OSTETRICIA OBIETTIVI QUALITATIVI

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.

Indicatore: i dati e le informazioni dovranno essere trasmessi entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso informativo secondo lo scadenario approvato annualmente dalla G.R. e pubblicato sul sito aziendale

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.

Indicatore: i dati e le informazioni dovranno essere trasmessi entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso informativo secondo lo scadenario approvato annualmente dalla G.R. e pubblicato sul sito aziendale

2

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.

Indicatore: 1) formulazione della proposta entro il 30 settembre 2015
2) Revisione semestrale del modello proposto.

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.

Indicatore: 1) formulazione della proposta entro il 30 settembre 2015
2) Revisione semestrale del modello proposto.

3

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

Indicatore: SI/NO

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

Indicatore: SI/NO



2015

3- MATERNITA' E INFANZIA - ASL FG Foggia

PRESIDIO OSP.	PRESIDIO SAN SEVERO - LUCERA		PRESIDIO CERIGNOLA		PRESIDIO MANFREDONIA	
	N° e % Assistibili	457.419	72%	96.408	15%	80.012
N° e % Posti Letto	234	44%	175	33%	124	23%
N° e % Posti Letto DH/DS	27	45%	13	22%	20	33%

Centro di Responsabilità	PEDIATRIA - NEONATOLOGIA		PEDIATRIA - NEONATOLOGIA		PEDIATRIA	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014
N° Posti Letto	19	9	19	18	10	reparto chiuso
Ricoveri ordinari	1.016	1.012	1.031	1.163	162	
TO	65,0	133,4	64,6	78,8	37,4	
Peso Medio DRG	0,46	0,44	0,91	2,25	0,44	
N° Posti Letto D.H.		1		1		2
Prestazioni cedute all'esterno	1.589.537	2.140.657	3.243.933	3.018.316	300.009	110.026
Prestazioni cedute all'interno	43.622	44.440	126.140	141.216	10.462	6.797
Costo del Personale	1.875.905	1.692.820	1.553.102	1.501.413	927.676	631.271
Consumo materiali sanitari	129.706	69.545	0	165.882	10.343	13.207
Prestazioni acquistate all'interno	289.313	279.441	116.795	148.047	82.139	101.544
Costi Generali (20% totale costi)	458.985	408.361	333.979	363.069	204.032	149.204

PEDIATRIA OBIETTIVI QUANTITATIVI

1

Ottimizzazione del tasso di utilizzo dei posti letto.

Indicatore: Tasso di utilizzo dei posti letto > 75% (i posti letto sono quelli indicati nei flussi ministeriali).

Ottimizzazione del tasso di utilizzo dei posti letto.

Indicatore: Tasso di utilizzo dei posti letto > 75% (i posti letto sono quelli indicati nei flussi ministeriali).

2

Potenziamento della qualità, efficienza ed appropriatezza dell'assistenza ospedaliera attraverso il raggiungimento dei due indicatori di risultato

Indicatore: 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%.

Potenziamento della qualità, efficienza ed appropriatezza dell'assistenza ospedaliera attraverso il raggiungimento dei due indicatori di risultato

Indicatore: 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%.

3

Equilibrio economico

Indicatore: 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.

Equilibrio economico

Indicatore: 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.

4

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 fuori sistema (entro il 31 dicembre 2015)

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 fuori sistema (entro il 31 dicembre 2015)



2015

3- MATERNITA' E INFANZIA - ASL FG Foggia

PRESIDIO OSP.	PRESIDIO SAN SEVERO - LUCERA		PRESIDIO CERIGNOLA		PRESIDIO MANFREDONIA	
	N° e % Assistibili	457.419	72%	96.408	15%	80.012
N° e % Posti Letto	234	44%	175	33%	124	23%
N° e % Posti Letto DH/DS	27	45%	13	22%	20	33%

5	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, <i>Indicatore:</i> Individuazione casi ricorrenti. Formalizzazione degli incontri con verbali e definizione di protocolli d'intesa.	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, <i>Indicatore:</i> Individuazione casi ricorrenti. Formalizzazione degli incontri con verbali e definizione di protocolli d'intesa.
	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)	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)
	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. <i>Indicatore:</i> 1) formulazione della proposta entro il 30 settembre 2015; 2) Revisione semestrale del modello proposto.	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. <i>Indicatore:</i> 1) formulazione della proposta entro il 30 settembre 2015; 2) Revisione semestrale del modello proposto.



2015

3- MATERNITA' E INFANZIA - ASL FG Foggia

PRESIDIO OSP.	PRESIDIO SAN SEVERO - LUCERA		PRESIDIO CERIGNOLA		PRESIDIO MANFREDONIA	
	N° e % Assistibili	457.419	72%	96.408	15%	80.012
N° e % Posti Letto	234	44%	175	33%	124	23%
N° e % Posti Letto DH/DS	27	45%	13	22%	20	33%

PEDIATRIA 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 lo scadenario approvato annualmente dalla G.R. e pubblicato sul sito aziendale</p>	<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 lo scadenario approvato annualmente dalla G.R. e pubblicato sul sito aziendale</p>
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>	<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>
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>	<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>
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>	<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>

2015
4 - AREA CHIRURGICA - ASL FG Foggia

PRESIDIO OSP.	PRESIDIO SAN SEVERO - LUCERA		PRESIDIO CERIGNOLA		PRESIDIO MANFREDONIA	
	N° e % Assistibili	457.419	72%	96.408	15%	80.012
N° e % Posti Letto	234	44%	175	33%	124	23%
N° e % Posti Letto DH/DS	27	45%	13	22%	20	33%

Centro di Responsabilità	CHIRURGIA GENERALE - SAN SEVERO		CHIRURGIA GENERALE		CHIRURGIA GENERALE	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014
N° Posti Letto	31	22	23	22	22	22
Ricoveri ordinari	1.459	1.475	946	998	966	1071
TO	70,0	92,4	51,9	64,6	51,2	64,6
Peso Medio DRG	0,88	0,84	0,90	0,94	0,87	0,85
N° Posti Letto D.H.		8		2		2
Prestazioni cedute all'esterno	3.702.569	3.666.991	2.394.940	2.685.264	2.465.123	2.712.697
Prestazioni cedute all'interno	192.711	190.318	84.304	106.403	31.813	31.205
Costo del Personale	2.775.998	2.949.022	1.574.285	1.685.815	1.310.963	1.599.597
Consumo materiali sanitari	489.046	691.304	430.664	452.752	225.156	367.954
Prestazioni acquistate all'interno	662.136	613.010	376.817	382.339	362.265	375.384
Costi Generali (20% totale costi)	785.436	850.667	476.353	504.181	379.677	468.587

Centro di Responsabilità	CHIRURGIA GENERALE - LUCERA	
	2013	2014
N° Posti Letto	24	20
Ricoveri ordinari	1.318	921
TO	79,6	82,0
Peso Medio DRG	0,83	0,85
N° Posti Letto D.H.		4
Prestazioni cedute all'esterno	3.801.357	3.243.779
Prestazioni cedute all'interno	53.033	49.285
Costo del Personale	2.982.069	2.797.339
Consumo materiali sanitari	319.487	171.764
Prestazioni acquistate all'interno	490.908	325.666
Costi Generali (20% totale costi)	758.493	658.954

CHIRURGIA GENERALE OBIETTIVI QUANTITATIVI

1	Ottimizzazione del tasso di utilizzo dei posti letto. <i>Indicatore:</i> tasso di utilizzo dei posti letto > 75% (i posti letto sono quelli indicati nei flussi ministeriali).	Ottimizzazione del tasso di utilizzo dei posti letto. <i>Indicatore:</i> tasso di utilizzo dei posti letto > 75% (i posti letto sono quelli indicati nei flussi ministeriali).	Ottimizzazione del tasso di utilizzo dei posti letto. <i>Indicatore:</i> tasso di utilizzo dei posti letto > 75% (i posti letto sono quelli indicati nei flussi ministeriali).
2	Ottimizzazione del tasso operati/dimessi. <i>Indicatore:</i> 1) Tasso operati/dimessi > 70%. 2) Istituzione registro dei pazienti in lista di attesa	Ottimizzazione del tasso operati/dimessi. <i>Indicatore:</i> 1) Tasso operati/dimessi > 70%. 2) Istituzione registro dei pazienti in lista di attesa	Ottimizzazione del tasso operati/dimessi. <i>Indicatore:</i> 1) Tasso operati/dimessi > 70%. 2) Istituzione registro dei pazienti in lista di attesa
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%.	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%.	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%.
4	Riduzione ospedalizzazione ordinaria e diurna (DH e DS) inappropriata o domiciliabile	Riduzione ospedalizzazione ordinaria e diurna (DH e DS) inappropriata o domiciliabile	Riduzione ospedalizzazione ordinaria e diurna (DH e DS) inappropriata o domiciliabile

2015
4 - AREA CHIRURGICA - ASL FG Foggia

PRESIDIO OSP.	PRESIDIO SAN SEVERO - LUCERA		PRESIDIO CERIGNOLA		PRESIDIO MANFREDONIA	
	N° e % Assistibili					
N° e % Posti Letto	457.419	72%	96.408	15%	80.012	13%
N° e % Posti Letto DH/DS	234	44%	175	33%	124	23%
	27	45%	13	22%	20	33%

5	<p><i>Indicatore:</i> 1. Riduzione rispetto all'esercizio precedente 2. Definire un protocollo di presidio per la gestione dei ricoveri</p> <p>Estensione orario di lavoro per le attività ambulatoriali rivolte a pazienti esterni ed interni al fine di ridurre le liste di attesa</p> <p><i>Indicatore:</i> Proporre un piano di lavoro per pazienti interni</p>	<p><i>Indicatore:</i> 1. Riduzione rispetto all'esercizio precedente 2. Definire un protocollo di presidio per la gestione dei ricoveri</p> <p>Estensione orario di lavoro per le attività ambulatoriali rivolte a pazienti esterni ed interni al fine di ridurre le liste di attesa</p> <p><i>Indicatore:</i> Proporre un piano di lavoro per pazienti interni</p>	<p><i>Indicatore:</i> 1. Riduzione rispetto all'esercizio precedente 2. Definire un protocollo di presidio per la gestione dei ricoveri</p> <p>Estensione orario di lavoro per le attività ambulatoriali rivolte a pazienti esterni ed interni al fine di ridurre le liste di attesa</p> <p><i>Indicatore:</i> Proporre un piano di lavoro per pazienti interni</p>
	6	<p>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>	<p>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>
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 (entro il 31 dicembre 2015)</p>	<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 (entro il 31 dicembre 2015)</p>	<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 (entro il 31 dicembre 2015)</p>
8	<p>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</p> <p><i>Indicatore:</i> Degenza media pre-operatoria = 1,85</p>	<p>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</p> <p><i>Indicatore:</i> Degenza media pre-operatoria = 1,85</p>	<p>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</p> <p><i>Indicatore:</i> Degenza media pre-operatoria = 1,85</p>
9	<p>Mettere a regime il modulo applicativo per la gestione della sala operatoria</p> <p><i>Indicatore:</i> Utilizzo dell'applicativo</p>	<p>Mettere a regime il modulo applicativo per la gestione della sala operatoria</p> <p><i>Indicatore:</i> Utilizzo dell'applicativo</p>	<p>Mettere a regime il modulo applicativo per la gestione della sala operatoria</p> <p><i>Indicatore:</i> Utilizzo dell'applicativo</p>
10	<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> N° 4 report/anno sui dati di attività da inviarsi trimestralmente (da superare con il pieno utilizzo di One Care)</p>	<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> N° 4 report/anno sui dati di attività da inviarsi trimestralmente (da superare con il pieno utilizzo di One Care)</p>	<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> N° 4 report/anno sui dati di attività da inviarsi trimestralmente (da superare con il pieno utilizzo di One Care)</p>
11	<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>	<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>	<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>

2015
4 - AREA CHIRURGICA - ASL FG Foggia

PRESIDIO OSP.	PRESIDIO SAN SEVERO - LUCERA		PRESIDIO CERIGNOLA		PRESIDIO MANFREDONIA	
	N° e % Assistibili	457.419	72%	96.408	15%	80.012
N° e % Posti Letto	234	44%	175	33%	124	23%
N° e % Posti Letto DH/DS	27	45%	13	22%	20	33%

CHIRURGIA GENERALE OBIETTIVI QUALITATIVI
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.

Indicatore: i dati e le informazioni dovranno essere trasmessi entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso informativo secondo lo scadenziario approvato annualmente dalla G.R. e pubblicato sul sito aziendale

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.

Indicatore: i dati e le informazioni dovranno essere trasmessi entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso informativo secondo lo scadenziario approvato annualmente dalla G.R. e pubblicato sul sito aziendale

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.

Indicatore: i dati e le informazioni dovranno essere trasmessi entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso informativo secondo lo scadenziario approvato annualmente dalla G.R. e pubblicato sul sito aziendale

2015
4 - AREA CHIRURGICA - ASL FG Foggia

PRESIDIO OSP.	PRESIDIO SAN SEVERO - LUCERA		PRESIDIO CERIGNOLA		PRESIDIO MANFREDONIA	
	N° e % Assistibili	457.419	72%	96.408	15%	80.012
N° e % Posti Letto	234	44%	175	33%	124	23%
N° e % Posti Letto DH/DS	27	45%	13	22%	20	33%

Centro di Responsabilità	ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA		ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA		ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014
N° Posti Letto	23	23	24	15	17	23
Ricoveri ordinari	1.042	1.054	648	596	744	795
TO	76,2	80,4	33,2	68,6	50,4	36,4
Peso Medio DRG	0,98	0,95	0,93	0,88	0,99	1,02
N° Posti Letto D.H.	1	1	1	1		1
Prestazioni cedute all'esterno	3.171.606	3.029.733	1.691.224	1.542.496	2.004.221	2.345.859
Prestazioni cedute all'interno	38.305	45.865	77.909	89.836	65.812	142.632
Costo del Personale	1.474.361	1.362.614	1.091.511	1.066.305	1.345.156	1.175.101
Consumo materiali sanitari	366.445	451.372	385.680	316.531	210.340	332.991
Prestazioni acquistate all'interno	260.681	261.047	157.314	105.168	266.090	267.402
Costi Generali (20% totale costi)	420.297	415.007	326.901	297.601	364.317	355.099

ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA OBIETTIVI QUANTITATIVI

1	Ottimizzazione del tasso di utilizzo dei posti letto.	Ottimizzazione del tasso di utilizzo dei posti letto.	Ottimizzazione del tasso di utilizzo dei posti letto.
	<i>Indicatore:</i> tasso di utilizzo dei posti letto > 75% (i posti letto sono quelli indicati nei flussi ministeriali).	<i>Indicatore:</i> tasso di utilizzo dei posti letto > 75% (i posti letto sono quelli indicati nei flussi ministeriali).	<i>Indicatore:</i> tasso di utilizzo dei posti letto > 75% (i posti letto sono quelli indicati nei flussi ministeriali).
2	Ottimizzazione del tasso operati/dimessi.	Ottimizzazione del tasso operati/dimessi.	Ottimizzazione del tasso operati/dimessi.
	<i>Indicatore:</i> 1) Tasso operati/dimessi > 70%. 2) Istituzione registro dei pazienti in lista di attesa	<i>Indicatore:</i> 1) Tasso operati/dimessi > 70%. 2) Istituzione registro dei pazienti in lista di attesa	<i>Indicatore:</i> 1) Tasso operati/dimessi > 70%. 2) Istituzione registro dei pazienti in lista di attesa
3	Potenziamento della qualità, efficienza ed appropriatezza dell'assistenza ospedaliera attraverso il raggiungimento dei due indicatori di risultato	Potenziamento della qualità, efficienza ed appropriatezza dell'assistenza ospedaliera attraverso il raggiungimento dei due indicatori di risultato	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%.	<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%.	<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%.
4	Riduzione ospedalizzazione ordinaria e diurna (DH e DS) inappropriata o domiciliabile	Riduzione ospedalizzazione ordinaria e diurna (DH e DS) inappropriata o domiciliabile	Riduzione ospedalizzazione ordinaria e diurna (DH e DS) inappropriata o domiciliabile
	<i>Indicatore:</i> Riduzione rispetto all'esercizio precedente	<i>Indicatore:</i> Riduzione rispetto all'esercizio precedente	<i>Indicatore:</i> Riduzione rispetto all'esercizio precedente
	Equilibrio economico	Equilibrio economico	Equilibrio economico

2015
4 - AREA CHIRURGICA - ASL FG Foggia

PRESIDIO OSP.	PRESIDIO SAN SEVERO - LUCERA		PRESIDIO CERIGNOLA		PRESIDIO MANFREDONIA	
	N° e % Assistibili					
N° e % Posti Letto	457.419	72%	96.408	15%	80.012	13%
N° e % Posti Letto DH/DS	234	44%	175	33%	124	23%
	27	45%	13	22%	20	33%

5	<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>	<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>	<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>
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 fuori sistema (entro il 31 dicembre 2015)</p>	<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 (entro il 31 dicembre 2015)</p>	<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 (entro il 31 dicembre 2015)</p>
7	<p>Miglioramento della qualità clinica dell'assistenza</p> <p><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%</p>	<p>Miglioramento della qualità clinica dell'assistenza</p> <p><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%</p>	<p>Miglioramento della qualità clinica dell'assistenza</p> <p><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%</p>
8	<p>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.</p> <p><i>Indicatore:</i> Riduzione rispetto all'esercizio precedente (valore atteso = 1,85)</p>	<p>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.</p> <p><i>Indicatore:</i> Riduzione rispetto all'esercizio precedente (valore atteso = 1,85)</p>	<p>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.</p> <p><i>Indicatore:</i> Riduzione rispetto all'esercizio precedente (valore atteso = 1,85)</p>
9	<p>Mettere a regime il modulo applicativo per la gestione della sala operatoria</p> <p><i>Indicatore:</i> Utilizzo dell'applicativo</p>	<p>Mettere a regime il modulo applicativo per la gestione della sala operatoria</p> <p><i>Indicatore:</i> Utilizzo dell'applicativo</p>	<p>Mettere a regime il modulo applicativo per la gestione della sala operatoria</p> <p><i>Indicatore:</i> Utilizzo dell'applicativo</p>
10	<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> N° 4 report/anno sui dati di attività da inviarsi trimestralmente (da superare con il pieno utilizzo di One Care)</p>	<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> N° 4 report/anno sui dati di attività da inviarsi trimestralmente (da superare con il pieno utilizzo di One Care)</p>	<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> N° 4 report/anno sui dati di attività da inviarsi trimestralmente (da superare con il pieno utilizzo di One Care)</p>
11	<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>	<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>	<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>

2015
4 - AREA CHIRURGICA - ASL FG Foggia

PRESIDIO OSP.	PRESIDIO SAN SEVERO - LUCERA		PRESIDIO CERIGNOLA		PRESIDIO MANFREDONIA	
	N° e % Assistibili	457.419	72%	96.408	15%	80.012
N° e % Posti Letto	234	44%	175	33%	124	23%
N° e % Posti Letto DH/DS	27	45%	13	22%	20	33%

ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA 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 lo scadenario approvato annualmente dalla G.R. e pubblicato sul sito aziendale</p>	<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 lo scadenario approvato annualmente dalla G.R. e pubblicato sul sito aziendale</p>	<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 lo scadenario approvato annualmente dalla G.R. e pubblicato sul sito aziendale</p>
2	<p>Miglioramento della qualità clinica dell'assistenza</p> <p><i>Indicatore:</i> percentuale del 50% di pazienti di età superiore a 65 con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario (esclusi decessi, dimissioni volontarie e trasferiti).</p>	<p>Miglioramento della qualità clinica dell'assistenza</p> <p><i>Indicatore:</i> percentuale del 50% di pazienti di età superiore a 65 con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario (esclusi decessi, dimissioni volontarie e trasferiti).</p>	<p>Miglioramento della qualità clinica dell'assistenza</p> <p><i>Indicatore:</i> percentuale del 50% di pazienti di età superiore a 65 con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario (esclusi decessi, dimissioni volontarie e trasferiti).</p>

2015
4 - AREA CHIRURGICA - ASL FG Foggia

PRESIDIO OSP.	PRESIDIO SAN SEVERO - LUCERA		PRESIDIO CERIGNOLA		PRESIDIO MANFREDONIA	
	N° e % Assistibili	457.419	72%	96.408	15%	80.012
N° e % Posti Letto	234	44%	175	33%	124	23%
N° e % Posti Letto DH/DS	27	45%	13	22%	20	33%

Centro di Responsabilità	OFTALMOLOGIA SAN SEVERO		OFTALMOLOGIA CERIGNOLA	
	2013	2014	2013	2014
N° Posti Letto	0	0	8	9
Ricoveri ordinari	-	-	310	290
TO			47,8	33,3
Peso Medio DRG			0,78	0,76
N° Posti Letto DH/DS	4	4	1	1
Prestazioni cedute all'esterno	1.056.234	1.339.386	1.461.048	1.254.015
Prestazioni cedute all'interno	31.036	35.473	35.567	35.060
Costo del Personale	514.137	676.747	935.476	931.321
Consumo materiali sanitari	478.009	669.836	589.642	583.609
Prestazioni acquistate all'interno	69.278	59.120	108.745	90.440
Costi Generali (20% totale costi)	212.285	281.141	326.773	321.074

OFTALMOLOGIA OBIETTIVI QUANTITATIVI

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>	<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>
2	<p>Ottimizzazione del tasso operati/dimessi.</p> <p><i>Indicatore:</i> 1) Tasso operati/dimessi > 70%. 2) Istituzione registro dei pazienti in lista di attesa</p>	<p>Ottimizzazione del tasso operati/dimessi.</p> <p><i>Indicatore:</i> 1) Tasso operati/dimessi > 70%. 2) Istituzione registro dei pazienti in lista di attesa</p>
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>	<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>
4	<p>Riduzione ospedalizzazione diurna (DH e DS) inappropriata</p> <p><i>Indicatore:</i> Riduzione rispetto all'esercizio precedente</p>	<p>Riduzione ospedalizzazione ordinaria e diurna (DH e DS) inappropriata o domiciliabile</p> <p><i>Indicatore:</i> Riduzione rispetto all'esercizio precedente</p>
5	<p>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>	<p>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>
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>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>

2015
4 - AREA CHIRURGICA - ASL FG Foggia

PRESIDIO OSP.	PRESIDIO SAN SEVERO - LUCERA		PRESIDIO CERIGNOLA		PRESIDIO MANFREDONIA	
	N° e % Assistibili	457.419	72%	96.408	15%	80.012
N° e % Posti Letto	234	44%	175	33%	124	23%
N° e % Posti Letto DH/DS	27	45%	13	22%	20	33%

7	<p><i>Indicatore:</i> Superamento del rendiconto trimestrale ottenuto con rilevazioni fuori sistema (entro il 31 dicembre 2015)</p> <p>Mettere a regime il modulo applicativo per la gestione della sala operatoria</p> <p><i>Indicatore:</i> Utilizzo dell'applicativo</p>	<p><i>Indicatore:</i> Superamento del rendiconto trimestrale ottenuto con rilevazioni fuori sistema (entro il 31 dicembre 2015)</p> <p>Mettere a regime il modulo applicativo per la gestione della sala operatoria</p> <p><i>Indicatore:</i> Utilizzo dell'applicativo</p>
	<p>8</p> <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> N° 4 report/anno sui dati di attività da inviarsi trimestralmente (da superare con il pieno utilizzo di One Care)</p>	<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> N° 4 report/anno sui dati di attività da inviarsi trimestralmente (da superare con il pieno utilizzo di One Care)</p>
	<p>9</p> <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>	<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>

OFTALMOLOGIA 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 lo scadenario approvato annualmente dalla G.R. e pubblicato sul sito aziendale</p>	<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 lo scadenario approvato annualmente dalla G.R. e pubblicato sul sito aziendale</p>
---	---	---

2015
4 - AREA CHIRURGICA - ASL FG Foggia

PRESIDIO OSP.	PRESIDIO SAN SEVERO - LUCERA		PRESIDIO CERIGNOLA		PRESIDIO MANFREDONIA	
	N° e % Assistibili	457.419	72%	96.408	15%	80.012
N° e % Posti Letto	234	44%	175	33%	124	23%
N° e % Posti Letto DH/DS	27	45%	13	22%	20	33%

Centro di Responsabilità

N° Posti Letto
 Ricoveri ordinari
 TO
 Peso Medio DRG
 N° Posti Letto D.H.
 Prestazioni cedute all'esterno
 Prestazioni cedute all'interno
 Costo del Personale
 Consumo materiali sanitari
 Prestazioni acquistate all'interno
 Costi Generali (20% totale costi)

OTORINOLINGUISTICA CERIGNOLA	
2013	2014
10	11
695	612
71,0	50,1
0,93	1,08
	1
2.659.843	2.468.665
86.919	87.376
1.012.089	1.078.687
85.704	109.872
199.245	137.882
259.408	265.288

OTORINOLINGUISTICA OBIETTIVI QUANTITATIVI
1

Ottimizzazione del tasso di utilizzo dei posti letto.

Indicatore: tasso di utilizzo dei posti letto > 75% (i posti letto sono quelli indicati nei flussi ministeriali).

2

Ottimizzazione del tasso operati/dimessi.

Indicatore: 1) Tasso operati/dimessi > 70%.
 2) Istituzione registro dei pazienti in lista di attesa

3

Potenziamento della qualità, efficienza ed appropriatezza dell'assistenza ospedaliera attraverso il raggiungimento dei due indicatori di risultato

Indicatore: 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%.

4

Riduzione ospedalizzazione ordinaria e diurna (DH e DS) inappropriata o domiciliabile

Indicatore: Riduzione rispetto all'esercizio precedente

5

Estensione orario di lavoro per le attività ambulatoriali rivolte a pazienti esterni ed interni al fine di ridurre le liste di attesa

Indicatore: Proporre un piano di lavoro per pazienti interni

6

Equilibrio economico

Indicatore: 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.

2015
4 - AREA CHIRURGICA - ASL FG Foggia

PRESIDIO OSP.	PRESIDIO SAN SEVERO - LUCERA		PRESIDIO CERIGNOLA		PRESIDIO MANFREDONIA	
	N° e % Assistibili	457.419	72%	96.408	15%	80.012
N° e % Posti Letto	234	44%	175	33%	124	23%
N° e % Posti Letto DH/DS	27	45%	13	22%	20	33%

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.).

Indicatore: Superamento del rendiconto trimestrale ottenuto con rilevazioni fuori sistema (entro il 31 dicembre 2015)

8

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.

Indicatore: Riduzione rispetto all'esercizio precedente

9

Mettere a regime il modulo applicativo per la gestione della sala operatoria

Indicatore: Utilizzo dell'applicativo

10

Rendiconto trimestrale dei dati di attività al Controllo Gestione entro il mese successivo al trimestre relativamente alle prestazioni riguardanti le consulenze interne.

Indicatore: N° 4 report/anno sui dati di attività da inviarsi trimestralmente (da superare con il pieno utilizzo di One Care)

11

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.

Indicatore: 1) formulazione della proposta entro il 30 settembre 2015; 2) Revisione semestrale del modello proposto.

2015

4 - AREA CHIRURGICA - ASL FG Foggia

PRESIDIO OSP.	PRESIDIO SAN SEVERO - LUCERA		PRESIDIO CERIGNOLA		PRESIDIO MANFREDONIA	
	N° e % Assistibili	457.419	72%	96.408	15%	80.012
N° e % Posti Letto	234	44%	175	33%	124	23%
N° e % Posti Letto DH/DS	27	45%	13	22%	20	33%

OTORINOLAINGOIATRA OBIETTIVI QUALITATIVI

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.

Indicatore: i dati e le informazioni dovranno essere trasmessi entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso informativo secondo lo scadenziario approvato annualmente dalla G.R. e pubblicato sul sito aziendale

2015
4 - AREA CHIRURGICA - ASL FG Foggia

PRESIDIO OSP.	PRESIDIO SAN SEVERO - LUCERA		PRESIDIO CERIGNOLA		PRESIDIO MANFREDONIA	
	N° e % Assistibili	457.419	72%	96.408	15%	80.012
N° e % Posti Letto	234	44%	175	33%	124	23%
N° e % Posti Letto DH/DS	27	45%	13	22%	20	33%

Centro di Responsabilità

N° Posti Letto
 Ricoveri ordinari
 TO
 Peso Medio DRG
 N° Posti Letto D.H.
 Prestazioni cedute all'esterno
 Prestazioni cedute all'interno
 Costo del Personale
 Consumo materiali sanitari
 Prestazioni acquistate all'interno
 Costi Generali (20% totale costi)

UROLOGIA CERIGNOLA	
2013	2014
14	14
620	714
55,2	60,5
0,80	0,81
	1
1.733.428	2.128.120
74.306	79.470
1.189.147	1.268.570
276.290	185.342
270.023	232.698
347.092	337.322

UROLOGIA
UROLOGIA OBIETTIVI QUANTITATIVI
1

Ottimizzazione del tasso di utilizzo dei posti letto.

Indicatore: tasso di utilizzo dei posti letto > 75% (i posti letto sono quelli indicati nei flussi ministeriali).

2

Ottimizzazione del tasso operati/dimessi.

Indicatore: 1) Tasso operati/dimessi > 70%.
 2) Istituzione registro dei pazienti in lista di attesa

3

Potenziamento della qualità, efficienza ed appropriatezza dell'assistenza ospedaliera attraverso il raggiungimento dei due indicatori di risultato

Indicatore: 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%.

4

Riduzione ospedalizzazione ordinaria e diurna (DH e DS) inappropriata o domiciliabile

Indicatore: Riduzione rispetto all'esercizio precedente

5

Equilibrio economico

Indicatore: 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.

2015
4 - AREA CHIRURGICA - ASL FG Foggia

PRESIDIO OSP.	PRESIDIO SAN SEVERO - LUCERA		PRESIDIO CERIGNOLA		PRESIDIO MANFREDONIA	
	N° e % Assistibili	457.419	72%	96.408	15%	80.012
N° e % Posti Letto	234	44%	175	33%	124	23%
N° e % Posti Letto DH/DS	27	45%	13	22%	20	33%

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.).

Indicatore: Superamento del rendiconto trimestrale ottenuto con rilevazioni fuori sistema (entro il 31 dicembre 2015)

7

Mettere a regime il modulo applicativo per la gestione della sala operatoria

Indicatore: Utilizzo dell'applicativo

8

Rendiconto trimestrale dei dati di attività al Controllo Gestione entro il mese successivo al trimestre relativamente alle prestazioni riguardanti le consulenze interne.

Indicatore: N° 4 report/anno sui dati di attività da inviarsi trimestralmente (da superare con il pieno utilizzo di One Care)

9

Attività di "filtro" di med. Chir. Urg-accettazione: attivazione di protocolli e procedure in collaborazione con la Dir. Sanitaria di PO, UO di med. Chir. Urg.

Indicatore: Individuazione casi ricorrenti. Formalizzazione degli incontri con verbali e definizione di protocolli d'intesa.

10

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.

Indicatore: 1) formulazione della proposta entro il 30 settembre 2015; 2) Revisione semestrale del modello proposto.

UROLOGIA OBIETTIVI QUALITATIVI

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.

Indicatore: i dati e le informazioni dovranno essere trasmessi entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso informativo secondo lo scadenario approvato annualmente dalla G.R. e pubblicato sul sito aziendale



2015

5 - AREA MEDICA - ASL FG Foggia

PRESIDIO OSP.

N° e % Assistibili
N° e % Posti Letto
N° e % Posti Letto DH/DS

PRESIDIO SAN SEVERO - LUCERA		
N° e % Assistibili	457.419	72%
N° e % Posti Letto	234	44%
N° e % Posti Letto DH/DS	27	45%

PRESIDIO CERIGNOLA		
N° e % Assistibili	96.408	15%
N° e % Posti Letto	175	33%
N° e % Posti Letto DH/DS	13	22%

PRESIDIO MANFREDONIA		
N° e % Assistibili	80.012	13%
N° e % Posti Letto	124	23%
N° e % Posti Letto DH/DS	20	33%

Centro di Responsabilità

N° Posti Letto
Ricoveri ordinari
TO
Peso Medio DRG
N° Posti Letto D.H.
Prestazioni cedute all'esterno
Prestazioni cedute all'interno
Costo del Personale
Consumo materiali sanitari
Prestazioni acquistate all'interno
Costi Generali (20% totale costi)

MEDICINA INTERNA E LUNGODEGENZA - SAN SEVERO		
	2013	2014
N° Posti Letto	27	22
Ricoveri ordinari	752	797
TO	80,8	103,7
Peso Medio DRG	0,93	0,97
N° Posti Letto D.H.		
Prestazioni cedute all'esterno	2.709.838	2.686.290
Prestazioni cedute all'interno	8.550	8.639
Costo del Personale	2.071.521	1.982.022
Consumo materiali sanitari	688.153	593.774
Prestazioni acquistate all'interno	595.896	600.644
Costi Generali (20% totale costi)	671.114	635.288

MEDICINA INTERNA E LUNGODEGENZA		
	2013	2014
N° Posti Letto	22	34
Ricoveri ordinari	1.008	1.193
TO	88,5	68,7
Peso Medio DRG	1,09	1,11
N° Posti Letto D.H.	2	2
Prestazioni cedute all'esterno	3.244.207	3.895.970
Prestazioni cedute all'interno	52.715	56.379
Costo del Personale	1.537.299	2.339.999
Consumo materiali sanitari	236.631	387.550
Prestazioni acquistate all'interno	509.704	409.578
Costi Generali (20% totale costi)	456.727	627.425

MEDICINA INTERNA E LUNGODEGENZA		
	2013	2014
N° Posti Letto	22	33
Ricoveri ordinari	897	950
TO	89,4	74,0
Peso Medio DRG	0,92	0,92
N° Posti Letto D.H.		3
Prestazioni cedute all'esterno	2.569.128	2.625.630
Prestazioni cedute all'interno	6.482	8.775
Costo del Personale	1.906.384	2.018.927
Consumo materiali sanitari	194.797	148.080
Prestazioni acquistate all'interno	538.946	473.840
Costi Generali (20% totale costi)	528.025	528.170

Centro di Responsabilità

N° Posti Letto
Ricoveri ordinari
TO
Peso Medio DRG
N° Posti Letto D.H.
Prestazioni cedute all'esterno
Prestazioni cedute all'interno
Costo del Personale
Consumo materiali sanitari
Prestazioni acquistate all'interno
Costi Generali (20% totale costi)

MEDICINA INTERNA E LUNGODEGENZA - LUCERA		
	2013	2014
N° Posti Letto	29	29
Ricoveri ordinari	1.094	1.242
TO	78,6	
Peso Medio DRG	0,92	
N° Posti Letto D.H.		
Prestazioni cedute all'esterno	5.540.408	6.735.208
Prestazioni cedute all'interno	45.769	131.762
Costo del Personale	4.292.308	4.535.262
Consumo materiali sanitari	1.772.480	1.993.205
Prestazioni acquistate all'interno	1.081.546	575.878
Costi Generali (20% totale costi)	1.429.267	1.420.869

MEDICINA INTERNA OBIETTIVI QUANTITATIVI

1

Ottimizzazione del tasso di utilizzo dei posti letto.

Indicatore: tasso di utilizzo dei posti letto > 75% (i posti letto sono quelli indicati nei flussi ministeriali).

Ottimizzazione del tasso di utilizzo dei posti letto.

Indicatore: tasso di utilizzo dei posti letto > 75% (i posti letto sono quelli indicati nei flussi ministeriali).

Ottimizzazione del tasso di utilizzo dei posti letto.

Indicatore: tasso di utilizzo dei posti letto > 75% (i posti letto sono quelli indicati nei flussi ministeriali).

2

Miglioramento della qualità, efficienza ed appropriatezza dell'assistenza ospedaliera

Indicatore: 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%.

Miglioramento della qualità, efficienza ed appropriatezza dell'assistenza ospedaliera

Indicatore: 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%.

Miglioramento della qualità, efficienza ed appropriatezza dell'assistenza ospedaliera

Indicatore: 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%.



2015

5 - AREA MEDICA - ASL FG Foggia

PRESIDIO OSP.

N° e % Assistibili
N° e % Posti Letto
N° e % Posti Letto DH/DS

PRESIDIO SAN SEVERO - LUCERA	
457.419	72%
234	44%
27	45%

PRESIDIO CERIGNOLA	
96.408	15%
175	33%
13	22%

PRESIDIO MANFREDONIA	
80.012	13%
124	23%
20	33%

3	Riduzione ospedalizzazione ordinaria e diurna (DH e DS) inappropriata o domiciliabile <i>Indicatore:</i> Riduzione rispetto all'esercizio precedente	Riduzione ospedalizzazione ordinaria e diurna (DH e DS) inappropriata o domiciliabile <i>Indicatore:</i> Riduzione rispetto all'esercizio precedente	Riduzione ospedalizzazione ordinaria e diurna (DH e DS) inappropriata o domiciliabile <i>Indicatore:</i> Riduzione rispetto all'esercizio precedente
4	Estensione orario di lavoro per le attività ambulatoriali rivolte a pazienti esterni ed interni al fine di ridurre le liste di attesa	Estensione orario di lavoro per le attività ambulatoriali rivolte a pazienti esterni ed interni al fine di ridurre le liste di attesa	Estensione orario di lavoro per le attività ambulatoriali rivolte a pazienti esterni ed interni al fine di ridurre le liste di attesa
5	Equilibrio economico <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.	Equilibrio economico <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.	Equilibrio economico <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.
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 (entro il 31 dicembre 2015)	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 (entro il 31 dicembre 2015)	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 (entro il 31 dicembre 2015)
7	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.	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.	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.
8	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)	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)	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)
9	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. <i>Indicatori:</i> 1) formulazione della proposta entro il 30 settembre 2015; 2) Revisione semestrale del modello proposto.	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. <i>Indicatori:</i> 1) formulazione della proposta entro il 30 settembre 2015; 2) Revisione semestrale del modello proposto.	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. <i>Indicatori:</i> 1) formulazione della proposta entro il 30 settembre 2015; 2) Revisione semestrale del modello proposto.



2015

5 - AREA MEDICA - ASL FG Foggia

PRESIDIO OSP.

N° e % Assistibili
N° e % Posti Letto
N° e % Posti Letto DH/DS

PRESIDIO SAN SEVERO - LUCERA	
457.419	72%
234	44%
27	45%

PRESIDIO CERIGNOLA	
96.408	15%
175	33%
13	22%

PRESIDIO MANFREDONIA	
80.012	13%
124	23%
20	33%

MEDICINA INTERNA OBIETTIVI QUALITATIVI

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.

Indicatore: i dati e le informazioni dovranno essere trasmessi entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso informativo secondo lo scadenziario approvato annualmente dalla G.R. e pubblicato sul sito aziendale

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.

Indicatore: i dati e le informazioni dovranno essere trasmessi entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso informativo secondo lo scadenziario approvato annualmente dalla G.R. e pubblicato sul sito aziendale

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.

Indicatore: i dati e le informazioni dovranno essere trasmessi entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso informativo secondo lo scadenziario approvato annualmente dalla G.R. e pubblicato sul sito aziendale

2

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

Indicatore: Definizione di almeno n. 3 protocolli

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

Indicatore: Definizione di almeno n. 3 protocolli

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

Indicatore: Definizione di almeno n. 3 protocolli

3

Revisione della cartella clinica su un caso clinico di particolare rilevanza e problematicità nell'ottica dell'integrazione Ospedale Territorio

Indicatore: Effettuare almeno 10 sedute di Medical Audit, registrando data, durata, elenco partecipanti e casi clinici discussi.

Revisione della cartella clinica su un caso clinico di particolare rilevanza e problematicità nell'ottica dell'integrazione Ospedale Territorio

Indicatore: Effettuare almeno 10 sedute di Medical Audit, registrando data, durata, elenco partecipanti e casi clinici discussi.

Revisione della cartella clinica su un caso clinico di particolare rilevanza e problematicità nell'ottica dell'integrazione Ospedale Territorio

Indicatore: Effettuare almeno 10 sedute di Medical Audit, registrando data, durata, elenco partecipanti e casi clinici discussi.

4

Maggiore Integrazione Territorio - Ospedale

Indicatore: 1) Proposizione di un progetto sulla continuità assistenziale con pazienti con pluripatologie entro il 30/09/15. (per il 2015) 2) attivazione della proposta come approvata (2016 e 2017)

Maggiore Integrazione Territorio - Ospedale

Indicatore: 1) Proposizione di un progetto sulla continuità assistenziale con pazienti con pluripatologie entro il 30/09/15. (per il 2015) 2) attivazione della proposta come approvata (2016 e 2017)

Maggiore Integrazione Territorio - Ospedale

Indicatore: 1) Proposizione di un progetto sulla continuità assistenziale con pazienti con pluripatologie entro il 30/09/15. (per il 2015) 2) attivazione della proposta come approvata (2016 e 2017)



2015

5 - AREA MEDICA - ASL FG Foggia

PRESIDIO OSP.

N° e % Assistibili
N° e % Posti Letto
N° e % Posti Letto DH/DS

PRESIDIO SAN SEVERO - LUCERA		
N° e % Assistibili	457.419	72%
N° e % Posti Letto	234	44%
N° e % Posti Letto DH/DS	27	45%

PRESIDIO CERIGNOLA		
N° e % Assistibili	96.408	15%
N° e % Posti Letto	175	33%
N° e % Posti Letto DH/DS	13	22%

PRESIDIO MANFREDONIA		
N° e % Assistibili	80.012	13%
N° e % Posti Letto	124	23%
N° e % Posti Letto DH/DS	20	33%

Centro di Responsabilità

N° Posti Letto
Ricoveri ordinari
TO
Peso Medio DRG
N° Posti Letto D.H.
Prestazioni cedute all'esterno
Prestazioni cedute all'interno
Costo del Personale
Consumo materiali sanitari
Prestazioni acquistate all'interno
Costi Generali (20% totale costi)

GASTROENTEROLOGIA MANFREDONIA	
2013	2014
10	13
603	603
87,2	67,0
0,91	0,90
	2
1.703.206	1.551.697
47.012	52.623
1.132.265	1.398.159
92.558	124.394
375.727	308.626
320.110	366.236

GASTROENTEROLOGIA OBIETTIVI QUANTITATIVI

1

Ottimizzazione del tasso di utilizzo dei posti letto.

Indicatore: tasso di utilizzo dei posti letto > 75% (i posti letto sono quelli indicati nei flussi ministeriali).

2

Potenziamento della qualità, efficienza ed appropriatezza dell'assistenza ospedaliera attraverso il raggiungimento dei due indicatori di risultato

Indicatore: 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%.

3

Riduzione ospedalizzazione ordinaria e diurna (DH e DS) inappropriata o domiciliabile

Indicatore: Riduzione rispetto all'esercizio precedente

4

Equilibrio economico

Indicatore: 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.

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 fuori sistema (entro il 31 dicembre 2015)



2015

5 - AREA MEDICA - ASL FG Foggia

PRESIDIO OSP.	PRESIDIO SAN SEVERO - LUCERA		PRESIDIO CERIGNOLA		PRESIDIO MANFREDONIA	
	N° e % Assistibili	457.419	72%	96.408	15%	80.012
N° e % Posti Letto	234	44%	175	33%	124	23%
N° e % Posti Letto DH/DS	27	45%	13	22%	20	33%

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.

Indicatore: Individuazione casi ricorrenti. Formalizzazione degli incontri con verbali e definizione di protocolli d'intesa.

7

Rendiconto trimestrale dei dati di attività al Controllo Gestione entro il mese successivo al trimestre relativamente alle prestazioni riguardanti le consulenze interne.

Indicatore: N° 4 report/anno sui dati di attività da inviarsi trimestralmente
(da superare con il pieno utilizzo di One Care)

8

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.

Indicatore: 1) formulazione della proposta entro il 30 settembre 2015; 2) Revisione semestrale del modello proposto.



2015

5 - AREA MEDICA - ASL FG Foggia

PRESIDIO OSP.	PRESIDIO SAN SEVERO - LUCERA		PRESIDIO CERIGNOLA		PRESIDIO MANFREDONIA	
	N° e % Assistibili	457.419	72%	96.408	15%	80.012
N° e % Posti Letto	234	44%	175	33%	124	23%
N° e % Posti Letto DH/DS	27	45%	13	22%	20	33%

GASTROENTEROLOGIA OBIETTIVI QUALITATIVI

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.

Indicatore: i dati e le informazioni dovranno essere trasmessi entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso informativo secondo lo scadenario approvato annualmente dalla G.R. e pubblicato sul sito aziendale

2

Revisione della cartella clinica su un caso clinico di particolare rilevanza e problematicità nell'ottica dell'integrazione Ospedale Territorio

Indicatore: Effettuare almeno 10 sedute di Medical Audit, registrando data, durata, elenco partecipanti e casi clinici discussi.



2015

5 - AREA MEDICA - ASL FG Foggia

PRESIDIO OSP.

N° e % Assistibili
N° e % Posti Letto
N° e % Posti Letto DH/DS

PRESIDIO SAN SEVERO - LUCERA	
457.419	72%
234	44%
27	45%

PRESIDIO CERIGNOLA	
96.408	15%
175	33%
13	22%

PRESIDIO MANFREDONIA	
80.012	13%
124	23%
20	33%

Centro di Responsabilità

N° Posti Letto
Ricoveri ordinari
TO
Peso Medio DRG
N° Posti Letto D.H.
Prestazioni cedute all'esterno
Prestazioni cedute all'interno
Costo del Personale
Consumo materiali sanitari
Prestazioni acquistate all'interno
Costi Generali (20% totale costi)

NEFROLOGIA e DIALISI - SAN SEVERO	
2013	2014
9	9
337	283
99,9	102,4
1,12	1,10
1	1
4.151.482	3.669.015
219.872	64.576
2.411.760	2.354.239
1.907.411	1.728.900
442.713	233.518
952.377	863.331

NEFROLOGIA - CERIGNOLA	
2013	2014
9	9
259	293
80,5	79,6
1,24	1,18
1	1
5.349.201	5.389.945
81.955	76.065
2.595.576	2.772.508
1.621.535	1.648.832
334.634	301.522
910.349	944.572

NEFROLOGIA e DIALISI OBIETTIVI QUANTITATIVI

1

Ottimizzazione del tasso di utilizzo dei posti letto.

Indicatore: tasso di utilizzo dei posti letto > 75% (i posti letto sono quelli indicati nei flussi ministeriali).

Ottimizzazione del tasso di utilizzo dei posti letto.

Indicatore: tasso di utilizzo dei posti letto > 75% (i posti letto sono quelli indicati nei flussi ministeriali).

2

Potenziamento della qualità, efficienza ed appropriatezza dell'assistenza ospedaliera attraverso il raggiungimento dei due indicatori di risultato

Indicatore: 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%.

Potenziamento della qualità, efficienza ed appropriatezza dell'assistenza ospedaliera attraverso il raggiungimento dei due indicatori di risultato

Indicatore: 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%.

3

Riduzione ospedalizzazione ordinaria e diurna (DH e DS) inappropriata o domiciliabile

Indicatore: Riduzione rispetto all'esercizio precedente

Riduzione ospedalizzazione ordinaria e diurna (DH e DS) inappropriata o domiciliabile

Indicatore: Riduzione rispetto all'esercizio precedente

4

Estensione orario di lavoro per le attività ambulatoriali rivolte a pazienti esterni ed interni al fine di ridurre le liste di attesa

Estensione orario di lavoro per le attività ambulatoriali rivolte a pazienti esterni ed interni al fine di ridurre le liste di attesa

5

Equilibrio economico

Indicatore: 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.

Equilibrio economico

Indicatore: 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.

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.) + applicativo GEPADIAL

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



2015

5 - AREA MEDICA - ASL FG Foggia

PRESIDIO OSP.	PRESIDIO SAN SEVERO - LUCERA		PRESIDIO CERIGNOLA		PRESIDIO MANFREDONIA	
	N° e % Assistibili	457.419	72%	96.408	15%	80.012
N° e % Posti Letto	234	44%	175	33%	124	23%
N° e % Posti Letto DH/DS	27	45%	13	22%	20	33%

-	<i>Indicatore:</i> Superamento del rendiconto trimestrale ottenuto con rilevazioni fuori sistema (entro il 31 dicembre 2015)	<i>Indicatore:</i> Superamento del rendiconto trimestrale ottenuto con rilevazioni fuori sistema (entro il 31 dicembre 2015)
7	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.	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.
8	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)	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)
9	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". <i>Indicatore:</i> 1) formulazione della proposta entro il 30 settembre 2015; 2) Revisione semestrale del modello proposto.	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". <i>Indicatore:</i> 1) formulazione della proposta entro il 30 settembre 2015; 2) Revisione semestrale del modello proposto.

NEFROLOGIA E DIALISI OBIETTIVI QUALITATIVI

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 lo scadenzario approvato annualmente dalla G.R. e pubblicato sul sito aziendale	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 lo scadenzario approvato annualmente dalla G.R. e pubblicato sul sito aziendale
---	---	---



2015

5 - AREA MEDICA - ASL FG Foggia

PRESIDIO OSP.	PRESIDIO SAN SEVERO - LUCERA		PRESIDIO CERIGNOLA		PRESIDIO MANFREDONIA	
	N° e % Assistibili	457.419	72%	96.408	15%	80.012
N° e % Posti Letto	234	44%	175	33%	124	23%
N° e % Posti Letto DH/DS	27	45%	13	22%	20	33%

2	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	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
	<i>Indicatore:</i> Definizione di almeno n. 3 protocolli	<i>Indicatore:</i> Definizione di almeno n. 3 protocolli
	3	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.	<i>Indicatore:</i> Effettuare almeno 10 sedute di Medical Audit, registrando data, durata, elenco partecipanti e casi clinici discussi.
4	Presentazione di un progetto sulla dialisi peritoneale a domicilio in collaborazione con la specialistica ambulatoriale	Presentazione di un progetto sulla dialisi peritoneale a domicilio in collaborazione con la specialistica ambulatoriale
	<i>Indicatore:</i> SI/NO	<i>Indicatore:</i> SI/NO



2015

5 - AREA MEDICA - ASL FG Foggia

PRESIDIO OSP.	PRESIDIO SAN SEVERO - LUCERA		PRESIDIO CERIGNOLA		PRESIDIO MANFREDONIA	
	N° e % Assistibili	457.419	72%	96.408	15%	80.012
N° e % Posti Letto	234	44%	175	33%	124	23%
N° e % Posti Letto DH/DS	27	45%	13	22%	20	33%

Centro di Responsabilità	PNEUMOLOGIA - SAN SEVERO	
	2013	2014
N° Posti Letto	16	16
Ricoveri ordinari	573	583
TO	97,1	103,9
Peso Medio DRG	1,18	1,24
N° Posti Letto D.H.		0
Prestazioni cedute all'esterno	2.132.673	2.293.182
Prestazioni cedute all'interno	34.116	36.763
Costo del Personale	1.474.105	1.496.467
Consumo materiali sanitari	230.824	239.693
Prestazioni acquistate all'interno	83.402	194.959
Costi Generali (20% totale costi)	357.666	386.224

PNEUMOLOGIA OBIETTIVI QUANTITATIVI

1

Ottimizzazione del tasso di utilizzo dei posti letto.

Indicatore: tasso di utilizzo dei posti letto > 75% (i posti letto sono quelli indicati nei flussi ministeriali).

2

Potenziamento della qualità, efficienza ed appropriatezza dell'assistenza ospedaliera attraverso il raggiungimento dei due indicatori di risultato

Indicatore: 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%.

3

Riduzione ospedalizzazione ordinaria e diurna (DH e DS) inappropriata o domiciliabile

Indicatore: Riduzione rispetto all'esercizio precedente

4

Equilibrio economico

Indicatore: 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.

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.).



2015

5 - AREA MEDICA - ASL FG Foggia

PRESIDIO OSP.	PRESIDIO SAN SEVERO - LUCERA		PRESIDIO CERIGNOLA		PRESIDIO MANFREDONIA	
	N° e % Assistibili	457.419	72%	96.408	15%	80.012
N° e % Posti Letto	234	44%	175	33%	124	23%
N° e % Posti Letto DH/DS	27	45%	13	22%	20	33%

5

Indicatore: Superamento del rendiconto trimestrale ottenuto con rilevazioni fuori sistema (entro il 31 dicembre 2015)

6

Estensione orari di lavoro per le attività ambulatoriali rivolte a pazienti esterni ed interni al fine di ridurre le liste di attesa

Indicatore: 1. SI/NO
2. Attivazione di ambulatorio per visite urgenti

7

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.

Indicatore: Individuazione casi ricorrenti. Formalizzazione degli incontri con verbali e definizione di protocolli d'intesa.

8

Rendiconto trimestrale dei dati di attività al Controllo Gestione entro il mese successivo al trimestre relativamente alle prestazioni riguardanti le consulenze interne.

Indicatore: N° 4 report/anno sui dati di attività da inviarsi trimestralmente
(da superare con il pieno utilizzo di One Care)

9

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.

Indicatore: 1) formulazione della proposta entro il 30 settembre 2015; 2) Revisione semestrale del modello proposto.



2015

5 - AREA MEDICA - ASL FG Foggia

PRESIDIO OSP.	PRESIDIO SAN SEVERO - LUCERA		PRESIDIO CERIGNOLA		PRESIDIO MANFREDONIA	
	N° e % Assistibili	457.419	72%	96.408	15%	80.012
N° e % Posti Letto	234	44%	175	33%	124	23%
N° e % Posti Letto DH/DS	27	45%	13	22%	20	33%

PNEUMOLOGIA OBIETTIVI QUALITATIVI

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.

Indicatore: i dati e le informazioni dovranno essere trasmessi entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso informativo secondo lo scadenziario approvato annualmente dalla G.R. e pubblicato sul sito aziendale

2

Revisione della cartella clinica su un caso clinico di particolare rilevanza e problematicità nell'ottica dell'integrazione Ospedale Territorio

Indicatore: Effettuare almeno 10 sedute di Medical Audit, registrando data, durata, elenco partecipanti e casi clinici discussi.



2015

5 - AREA MEDICA - ASL FG Foggia

PRESIDIO OSP.	PRESIDIO SAN SEVERO - LUCERA		PRESIDIO CERIGNOLA		PRESIDIO MANFREDONIA	
	N° e % Assistibili	457.419	72%	96.408	15%	80.012
N° e % Posti Letto	234	44%	175	33%	124	23%
N° e % Posti Letto DH/DS	27	45%	13	22%	20	33%

Centro di Responsabilità	PSCHIATRIA SAN SEVERO		PSCHIATRIA LUCERA (OO.RR.)		PSCHIATRIA MANFREDONIA	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014
N° Posti Letto	11	11	14	14	15	13
Ricoveri ordinari	324	305	335	489	457	448
TO	91,8	96,1	62,3	93,0	86,2	95,6
Peso Medio DRG	0,73	0,74	0,71	0,72	0,75	0,76
N° Posti Letto D.H.		2		1		2
Prestazioni cedute all'esterno	867.087	560.069	633.955	859.861	1.322.681	900.367
Prestazioni cedute all'interno	-	3.388	0	22.726	6.783	5.782
Costo del Personale	1.301.021	1.233.942	1.468.376	1.287.992	1.386.150	1.420.670
Consumo materiali sanitari	34.443	42.580	71.424	109.043	53.760	112.765
Prestazioni acquistate all'interno	19.046	72.624	0	4.613	150.031	122.570
Costi Generali (20% totale costi)	270.902	269.829	307.960	280.329	317.988	331.201

PSICHIATRIA OBIETTIVI QUANTITATIVI

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>	<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>	<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>
2	<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>	<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>	<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>
3	<p>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>	<p>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>	<p>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>
4	<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>	<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>	<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>



2015

5 - AREA MEDICA - ASL FG Foggia

PRESIDIO OSP.

N° e % Assistibili
N° e % Posti Letto
N° e % Posti Letto DH/DS

PRESIDIO SAN SEVERO - LUCERA	
457.419	72%
234	44%
27	45%

PRESIDIO CERIGNOLA	
96.408	15%
175	33%
13	22%

PRESIDIO MANFREDONIA	
80.012	13%
124	23%
20	33%

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 (entro il 31 dicembre 2015)

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 (entro il 31 dicembre 2015)

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 (entro il 31 dicembre 2015)

6

Rendiconto trimestrale dei dati di attività al Controllo Gestione entro il mese successivo al trimestre relativamente alle prestazioni riguardanti le consulenze interne.

Indicatore: N° 4 report/anno sui dati di attività da inviarsi trimestralmente (da superare con il pieno utilizzo di One Care)

Rendiconto trimestrale dei dati di attività al Controllo Gestione entro il mese successivo al trimestre relativamente alle prestazioni riguardanti le consulenze interne.

Indicatore: N° 4 report/anno sui dati di attività da inviarsi trimestralmente (da superare con il pieno utilizzo di One Care)

Rendiconto trimestrale dei dati di attività al Controllo Gestione entro il mese successivo al trimestre relativamente alle prestazioni riguardanti le consulenze interne.

Indicatore: N° 4 report/anno sui dati di attività da inviarsi trimestralmente (da superare con il pieno utilizzo di One Care)

PSICHIATRIA OBIETTIVI QUALITATIVI

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.

Indicatore: I dati e le informazioni dovranno trasmettersi entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso informativo secondo lo scadenario approvato annualmente dalla G.R. e pubblicato sul sito aziendale

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.

Indicatore: I dati e le informazioni dovranno trasmettersi entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso informativo secondo lo scadenario approvato annualmente dalla G.R. e pubblicato sul sito aziendale

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.

Indicatore: I dati e le informazioni dovranno trasmettersi entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso informativo secondo lo scadenario approvato annualmente dalla G.R. e pubblicato sul sito aziendale

2

Attività di "filtro" di med. Chir. Urg-accettazione e Servizi territoriali: attivazione di protocolli e procedure in collaborazione con la Dir. Sanitaria di PO, UO di med. Chir. Urg e Servizi Territoriali, finalizzata anche all'appropriatezza prescrittiva.

Indicatore: n° di incontri, verbali e protocolli d'intesa.

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.

Indicatore: n° di incontri, verbali e protocolli d'intesa.

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.

Indicatore: n° di incontri, verbali e protocolli d'intesa.

3

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

Indicatore: a) relazione che evidenzia nel 2014 il ricorso a tale pratica,
b) Protocollo operativo

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

Indicatore: a) relazione che evidenzia nel 2014 il ricorso a tale pratica,
b) Protocollo operativo

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

Indicatore: a) relazione che evidenzia nel 2014 il ricorso a tale pratica,
b) Protocollo operativo



2015

5 - AREA MEDICA - ASL FG Foggia

PRESIDIO OSP.

N° e % Assistibili
N° e % Posti Letto
N° e % Posti Letto DH/DS

PRESIDIO SAN SEVERO - LUCERA	
457.419	72%
234	44%
27	45%

PRESIDIO CERIGNOLA	
96.408	15%
175	33%
13	22%

PRESIDIO MANFREDONIA	
80.012	13%
124	23%
20	33%

4

Per gli interventi di contenzione fisica si deve procedere ad opportuna e tempestiva documentazione mediante l'uso e la tenuta dei seguenti strumenti:
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

Indicatore: Istituzione degli strumenti di rilevazione indicati e rendiconto trimestrale con evidenza dell'evoluzione dei singoli casi.

Per gli interventi di contenzione fisica si deve procedere ad opportuna e tempestiva documentazione mediante l'uso e la tenuta dei seguenti strumenti:
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

Indicatore: Istituzione degli strumenti di rilevazione indicati e rendiconto trimestrale con evidenza dell'evoluzione dei singoli casi.

Per gli interventi di contenzione fisica si deve procedere ad opportuna e tempestiva documentazione mediante l'uso e la tenuta dei seguenti strumenti:
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

Indicatore: Istituzione degli strumenti di rilevazione indicati e rendiconto trimestrale con evidenza dell'evoluzione dei singoli casi.

5

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.

Indicatore: Istituzione di un tavolo tecnico (tra reparti e territorio) dove condividere soluzioni e modalità di monitoraggio.

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.

Indicatore: Istituzione di un tavolo tecnico (tra reparti e territorio) dove condividere soluzioni e modalità di monitoraggio.

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.

Indicatore: Istituzione di un tavolo tecnico (tra reparti e territorio) dove condividere soluzioni e modalità di monitoraggio.

6

Continuità di trattamento rispetto al CSM di provenienza del paziente

Indicatore: Migliorare la percentuale dei contatti cxon i CSM sul n.ro dei ricoveri

Continuità di trattamento rispetto al CSM di provenienza del paziente

Indicatore: Migliorare la percentuale dei contatti cxon i CSM sul n.ro dei ricoveri

Continuità di trattamento rispetto al CSM di provenienza del paziente

Indicatore: Migliorare la percentuale dei contatti cxon i CSM sul n.ro dei ricoveri



2015

6 - DIRIGENZE SANITARIE DI PP.OO. ASL FG - Foggia

PRESIDIO OSP.	PRESIDIO SAN SEVERO - LUCERA		PRESIDIO CERIGNOLA		PRESIDIO MANFREDONIA	
	N° e % Assistibili	457.419	72%	96.408	15%	80.012
N° e % Posti Letto	234	44%	175	33%	124	23%
N° e % Posti Letto DH/DS	27	45%	13	22%	20	33%

Centro di Responsabilità	DIRIGENZA SANITARIA	
	OBIETTIVI QUANTITATIVI	Indicatori
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 settembre 2015: Revisione semestrale del modello proposto.
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
3	Controllo della qualità delle Cartelle cliniche relativamente alla completezza, leggibilità delle firme degli operatori che hanno effettuato le consulenze. Dota 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. Primo report entro il 15 ottobre 2015.
4	Gestione dei ricoveri degli stranieri convenzionati, estrapolando il file dei ricoveri. Seguire l'iter della pratica per il rimborso della spesa all'ufficio stranieri del Distretto.	Trasmissione al Distretto competente delle informazioni rilevanti ai fini della richiesta del rimborso.
5	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.
6	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)



2015

6 - DIRIGENZE SANITARIE DI PP.OO. ASL FG - Foggia

PRESIDIO OSP.

N° e % Assistibili
N° e % Posti Letto
N° e % Posti Letto DH/DS

PRESIDIO SAN SEVERO - LUCERA	
457.419	72%
234	44%
27	45%

PRESIDIO CERIGNOLA	
96.408	15%
175	33%
13	22%

PRESIDIO MANFREDONIA	
80.012	13%
124	23%
20	33%

OBIETTIVI QUALITATIVI

Indicatori

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 lo scadenzario approvato annualmente dalla G.R. e pubblicato sul sito aziendale

2

Gestione igienica-organizzativa complessiva del Presidio Ospedaliero.

a) adozione formale, di concerto con i responsabili delle U.O. coinvolte, di almeno tre protocolli specifici su prestazioni a rischio e linee guida per la prevenzione delle infezioni ospedaliere
b) prescrizione alla Sanitas Service (e p.c. alla Dir San. Azienda) sull'allineamento dei rapporti nella gestione del personale Sanitas Service
c) implementazione delle procedure di sanificazione

3

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.

4

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

In attuazione del Piano triennale di prevenzione della corruzione dell'ASL FG 2015-2017, concorrere con il Responsabile della prevenzione della corruzione (RPC) alle attività di controllo, prevenzione e contrasto della corruzione e dell'illegalità. 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) entro il 30 settembre 2015;
punto b) predisporre entro il 30 ottobre 2015 piano specifico di formazione e modalità di monitoraggio e controllo delle attività

6

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.

7

Formazione e aggiornamento professionale.

Presentazione di almeno un programma formativo di Aggiornamento

8

Attuazione delle linee contenute nella D.G.R. 427 sull'abbattimento delle consulenze esterne.



2015

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

PRESIDIO OSP. N° e % Assistibili N° e % Posti Letto N° e % Posti Letto DH/DS	PRESIDIO SAN SEVERO - LUCERA		PRESIDIO CERIGNOLA		PRESIDIO MANFREDONIA	
		457.419	72%	96.408	15%	80.012
	234	44%	175	33%	124	23%
	27	45%	13	22%	20	33%

Centro di Responsabilità	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	
	OBIETTIVI QUANTITATIVI	Indicatori
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 settembre 2015: Revisione semestrale del modello proposto.
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
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.
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.
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 a partire dall'avvio della fatturazione elettronica
6	Contenimento della spesa.	Rispetto dei propri budget di spesa assegnati.
7	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 2012 (periodo di imposta 2011) > 40%
8	Somministrare questionario di gradimento, anonimo, secondo il protocollo elaborato dall'URP in attuazione delle linee guida regionale.	Ritiro di una % minima (10%) di questionari compilati sul numero di ricoveri e utenza ambulatoriale (sulle attività di competenza)



2015

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

PRESIDIO OSP.

N° e % Assistibili
N° e % Posti Letto
N° e % Posti Letto DH/DS

PRESIDIO SAN SEVERO - LUCERA	
457.419	72%
234	44%
27	45%

PRESIDIO CERIGNOLA	
96.408	15%
175	33%
13	22%

PRESIDIO MANFREDONIA	
80.012	13%
124	23%
20	33%

OBIETTIVI QUALITATIVI

Indicatori

1

In attuazione del Piano triennale di prevenzione della corruzione dell'ASL FG 2015-2017, concorrere con il Responsabile della prevenzione della corruzione (RPC) alle attività di controllo, prevenzione e contrasto della corruzione e dell'illegalità. 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) entro il 30 settembre 2015;
punto b) predisporre entro il 30 ottobre 2015 piano specifico di formazione e modalità di monitoraggio e controllo delle attività

2

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.

3

Formazione e aggiornamento professionale.

Presentazione di almeno un programma formativo di Aggiornamento alla struttura Formazione

4

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)



2015

120

DISTRETTO
N° Assistibili
N° Comuni

Centro di Responsabilità

8 - DISTRETTI SOCIO SANITARI - ASL FG

FOGGIA	SAN SEVERO	CERIGNOLA	MANFREDONIA	SAN MARCO IN L.	LUCERA	VICO DEL GARGANO	TROIA
152.770	105.820	96.408	80.012	59.033	53.068	46.591	40.137
1	8	6	4	4	14	8	16
DIREZIONE DISTRETTO							

OBIETTIVI QUANTITATIVI

Indicatori

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)
2	Potenziamento di adeguati programmi di assistenza domiciliare per anziani non autosufficienti, incrementando il numero di assistiti inclusi in programmi di AD.	1) 3,5 anziani in ADI ogni 100 anziani residenti 2) Relazione sulla situazione al 31/12/2014 e relazioni trimestrali sulle attività espletate 3) sviluppare un modello di gestione dell'ADI (su cui costruire anche la gara x ADI)
3	Predisposizione ed attivazione di un protocollo condiviso con le Direzioni Sanitarie dei presidi Ospedalieri per la dimissione protetta.	Almeno n. 2 Protocolli attivi condivisi
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.	Almeno n. 2 incontri annui per ogni consultorio
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
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	1) Valore economico delle prestazioni erogate = Costo del personale sanitario operante. 2) Prenotazione ad orario differenziato
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.	Verifica sul livello di informatizzazione raggiunto
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 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%
9	Verifica delle esenzioni ticket per il tramite del siste 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 2012 (periodo di imposta 2011) > 40%
10	Invio trimestrale dei dati di attività al Controllo di Gestione entro il mese successivo al trimestre.	N° 4 report / anno
11	Contenimento della spesa nei limiti del budget assegnato annualmente con Deliberazione Aziendale. Monitoraggio continuo ed analisi trimestrale sullo stato di avanzamento del budget assegnato.	Relazione entro il 30 del mese successivo alla chiusura del trimestre sullo stato di avanzamento del Budget limitatamente ai programmi di spesa a disposizione.
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.



2015

120

8 - DISTRETTI SOCIO SANITARI - ASL FG

DISTRETTO
 N° Assistibili
 N° Comuni

FOGGIA	SAN SEVERO	CERIGNOLA	MANFREDONIA	SAN MARCO IN L.	LUCERA	VICO DEL GARGANO	TROIA
152.770	105.820	96.408	80.012	59.033	53.068	46.591	40.137
1	8	6	4	4	14	8	16

2015

DISTRETTO OBIETTIVI QUALITATIVI

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 trasmettersi annualmente entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso informativo secondo lo scadenziario approvato dalla G.R. e pubblicato sul sito aziendale

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.

3

Migliorare l'appropriatezza prescrittiva per visite specialistiche e prestazioni attraverso incontri con i MMG e PLS .

Almeno n. 2 incontri annui verbalizzati

4

In attuazione del Piano triennale di prevenzione della corruzione dell'ASL FG 2015-2017, concorrere con il Responsabile della prevenzione della corruzione alle attività di controllo, prevenzione e contrasto della corruzione e dell'illegalità. In particolare, la S.V. dovrà con il Responsabile della prevenzione della corruzione: 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 idonei 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) entro il 30 settembre 2015;
 punto b) predisporre entro il 30 ottobre 2015 piano specifico di formazione e modalità di monitoraggio e controllo delle attività

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)

6

Presenza in carico del paziente: a) costruire un modello di presa in carico e b) effettuare attività di formazione sulla presa in carico del paziente

a) predisposizione del modello
 b) Almeno n. 2 incontri annui verbalizzati



2015

120

9 - DIPARTIMENTO MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA - ASL FG Foggia

Centro di Responsabilità

SERVIZIO DI TERAPIA FISICA

OBIETTIVI QUANTITATIVI

Indicatori

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 2015 < Spesa 2014
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
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
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.	Comunicazione di assegnazione budget per distretto
5	Controllo prescrittori in relazione alla spesa protesica.	attivazione entro il 31 dicembre 2015 di apposita procedura per software per la rendicontazione, monitoraggio e controllo della spesa relativa a protesi e ausili.
6	Mantenimento della spesa protesica rispetto al 2014	spesa 2015 < o = Spesa 2014
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
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 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%
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.
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
11	Contenimento della spesa nei limiti del budget assegnato annualmente con Deliberazione Aziendale. Monitoraggio continuo ed analisi trimestrale sullo stato di avanzamento del budget assegnato.	Relazione entro il 30 del mese successivo alla chiusura del trimestre sullo stato di avanzamento del Budget limitatamente ai programmi di spesa a disposizione.
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.



2015

120

9 - DIPARTIMENTO MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA - ASL FG Foggia

OBIETTIVI QUALITATIVI

Indicatori

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 trasmettersi annualmente entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso informativo secondo lo scadenziario approvato dalla G.R. e pubblicato sul sito aziendale
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.	Definizione delle linee di attività; Rendicontazione trimestrale sull'attività
3	Cure domiciliari. Definizione del Protocollo operativo	Relazione sul livello di copertura delle cure domiciliari; Rendicontazione trimestrale dei dati di attività per distretto.
4	Avvio procedure di sanificazione degli ausili e del loro riutilizzo.	Entro il 30/06/2015 presentazione del protocollo ed entro il 30/10/2015 1° report trimestrale delle attrezzature recuperate e di quelle sanificate e pronte al riuso
5	In attuazione del Piano triennale di prevenzione della corruzione dell'ASL FG 2015-2017, concorrere con il Responsabile della prevenzione della corruzione alle attività di controllo, prevenzione e contrasto della corruzione e dell'illegalità. In particolare, la S.V. dovrà con il Responsabile della prevenzione della corruzione: 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 idonei 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) entro il 30 settembre 2015; punto b) predisporre entro il 30 ottobre 2015 piano specifico di formazione e modalità di monitoraggio e controllo delle attività
6	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)



2015

120

10 - DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE - ASL FG Foggia

Centro di Responsabilità

DIREZIONE DIPART. DIPENDENZE PATOLOG.

OBIETTIVI QUANTITATIVI

Indicatori

1	Predisporre entro il mese di gennaio una relazione sulla situazione della popolazione utente che evidenzi l'attività svolta, i risultati conseguiti e la nuova popolazione utente.	Relazione annuale
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
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
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	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
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.	
7	Progettazione/Comunicazione sullo stato dell'arte del programma di investimenti per la infrastrutturazione socio-sanitaria del territorio con particolare attenzione alle strutture intermedie terapeutico - riabilitative.	Utilizzo per anno di almeno l'80% delle somme assegnate
8	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
9	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
10	Monitoraggio continuo ed analisi trimestrale sullo stato di avanzamento del budget assegnato.	Relazione entro il 30 del mese successivo alla chiusura del Budget assegnato
11	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.



2015

120

10 - DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE - ASL FG Foggia

OBIETTIVI QUALITATIVI

Indicatori

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 trasmettersi annualmente entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso informativo secondo lo scadenario approvato dalla G.R. e pubblicato sul sito aziendale

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

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

4

In attuazione del Piano triennale di prevenzione della corruzione dell'ASL FG 2015-2017, concorrere con il Responsabile della prevenzione della corruzione alle attività di controllo, prevenzione e contrasto della corruzione e dell'illegalità. In particolare, la S.V. dovrà con il Responsabile della prevenzione della corruzione: 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 idonei 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) entro il 30 settembre 2015; punto b) predisporre entro il 30 ottobre 2015 piano specifico di formazione e modalità di monitoraggio e controllo delle attività

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)



2015

120

Centro di Responsabilità

11 - DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE - ASL FG Foggia

DIREZIONE DIPART. DI SALUTE MENTALE

OBIETTIVI QUANTITATIVI

Indicatori

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 e annotare sullo stesso la data in cui si è effettuato il controllo sugli esiti delle cure erogate al paziente. Almeno un controllo annuale per struttura (verbale/relazione sugli incontri).

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 30/09/2015; pianificazione interventi.

3

Controllo e rendicontazione trimestrale 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.

N° 4 report trimestrali

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 2014)

5

Presa in carico degli internati in Ospedale Psichiatrico Giudiziario dimissibili

100% utentidimissibili presi in carico

6

Potenziamento dell'assistenza neuropsichiatrica infantile ambulatoriale e domiciliare, anche attraverso l'utilizzo dei finanziamenti finalizzati ex DGR 1721/2012

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

8

Rendicontazione semestrale dei dati di attività all'Unità Controllo di Gestione entro il mese successivo al semestre.

N° 2 report semestrali

9

Governo della spesa nei limiti del budget assegnato annualmente con Deliberazione Aziendale. Monitoraggio continuo ed analisi trimestrale sullo stato di avanzamento del budget assegnato.

Relazione entro il 30 del mese successivo alla chiusura del trimestre sullo stato di avanzamento del Budget limitatamente ai programmi di spesa a disposizione.

10

Miglioramento dei propri tempi medi di pagamento relativi ad acquisti di beni, servizi e forniture e pubblicazione sul sito aziendale del relativo indicatore (ai sensi della L. 69/2009, art. 23, comma 5).

Indicatore di tempestività dei pagamenti: emettere il provvedimento di liquidazione entro n. 20 giorni dalla data di registrazione fattura.

11

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 nel 2014 il ricorso a tale pratica,
b) Protocollo operativo



2015

120

11 - DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE - ASL FG Foggia

OBIETTIVI QUALITATIVI

Indicatori

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 trasmettersi annualmente entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso informativo secondo lo scadenziario approvato dalla G.R. e pubblicato sul sito aziendale
2	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 e l'attivazione di procedure per la definizione di specifici accordi contrattuali con la rete delle strutture accreditate e/o di quelle autorizzate in attesa di accreditamento istituzionale, già in possesso di accreditamento transitorio.	Congiuntamente al CSSS, predisporre di un atto che evidenzia la situazione, al 30 giugno 2015, 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.
3	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 del Programma Regionale per l'inclusione sociale attiva "I cantieri di cittadinanza in Puglia".	Proposizione di almeno un progetto; Collaborazione attiva con almeno il 50% degli Ambiti Sociali per Asl
4	In attuazione del Piano triennale di prevenzione della corruzione dell'ASL FG 2015-2017, concorrere con il Responsabile della prevenzione della corruzione alle attività di controllo, prevenzione e contrasto della corruzione e dell'illegalità. In particolare, la S.V. dovrà con il Responsabile della prevenzione della corruzione: 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 idonei 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) entro il 30 settembre 2015; punto b) predisporre entro il 30 ottobre 2015 piano specifico di formazione e modalità di monitoraggio e controllo delle attività
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)
6	RIDURRE IL RICORSO ALLA CONTENZIONE attraverso UN PERCORSO CONDIVISO	definizione del percorso



2015

120

12 - DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE - ASL FG Foggia

1

Attuazione Programmi di screening:
Chiamata attiva al test di screening di primo livello in un programma organizzato per:
1) cervice uterina;
2) mammella;
3) colon retto.

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 >= 30%
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%

Centro di Responsabilità

SERVIZIO DI IGIENE E SANITA' PUBBLICA - SISP

OBIETTIVI QUANTITATIVI

Indicatori

1

Strategia di vaccinazione - Anti HPV - 70% ragazze coorte verifica 2001; 80% ragazze coorte di verifica 2002; 95% dodicenni a partire dalla coorte 2003

% di vaccinati/popolazione da vaccinare

2

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 2003

% vaccinati/popolazione da vaccinare

3

Rispondere a tutte le richieste di parere e garantire la presenza delle sedi di convocazione. Continuare ad utilizzare il registro

N°richieste evase/ N° pareri pervenuti=1

4

Esprimere il parere unico per i nuovi insediamenti produttivi entro 30 giorni e per la singola pratica rispettare il limite di 40gg con scostamento del 5%. Continuare ad utilizzare il registro che evidenzi tale adempimento.

rispetto dei termini indicati

5

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 evidenzi tale adempimento.

N° richieste evase/N° richieste pervenute=1

6

Autorizzazione strutture socio-assistenziali verificando la presenza dei requisiti previsti dalla normativa vigente. Continuare ad utilizzare il registro che evidenzi tale adempimento.

N° richieste evase/N° richieste pervenute=1

7

Informatizzazione dei dati vaccinali della popolazione residente nell'ASL. Garantire in tutte le sedi vaccinali la corretta gestione dell'attività vaccinale tramite l'utilizzo del software, fornire adeguata assistenza nelle sedi periferiche per 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).



2015

120

12 - DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE - ASL FG Foggia

8

Vigilare sulle strutture sanitarie e socio assistenziali in modo da contribuire a contrastare il fenomeno dell'abusivismo professionale sanitario. Eseguire sopralluoghi e controlli sui locali per verificare il possesso dei requisiti L.R. n.8/04 e Regolamento regionale n. 3/2005.

Strutture controllate/numero di strutture da controllare=15%. Fornire elenco delle strutture da controllare e trimestralmente i controlli eseguiti e la statistica degli esiti.

9

Limitare l'incidenza dei casi di legionellosi e migliorare la qualità igienico-sanitarie delle strutture turistico-ricettive. Eseguire ispezioni nelle strutture recettive, effettuare campionamenti negli impianti idrici e condizionamento; acquisire la documentazione relativa agli impianti di condizionamento; concordare con i comuni e con le associazioni interventi di formazione. Verificare alberghi mai verificati e 5 critici.

Strutture controllate/numero di strutture da controllare=35%). Fornire elenco delle strutture da controllare e trimestralmente i controlli eseguiti e la statistica degli esiti.

10

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 =30%). Fornire elenco delle strutture da controllare e trimestralmente i controlli eseguiti e la statistica degli esiti.

1) Strutture controllate/numero di strutture da controllare =35%.
2) Fornire elenco delle strutture da controllare e trimestralmente i controlli eseguiti e la statistica degli esiti.

11

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 . Fornire elenco delle strutture da controllare e trimestralmente i controlli eseguiti e la statistica degli esiti.

Strutture controllate/numero di strutture da controllare= 30%

12

Prevenire e promuovere azioni di miglioramento della qualità degli ambienti scolastici. Istituzione di un gruppo di tecnici per i sopralluoghi, formazione su campo per gli interventi integrati nelle scuole, censimento e relativo archivio con predisposizione delle schede sugli edifici scolastici esistenti. Esecuzione di interventi di verifica nel 5% delle strutture scolastiche censite dando priorità alle situazioni di maggiore rischio e pericolo

Report trimestrali

13

Garantire l'esecuzione del 100% di tutte le attività ambulatoriali in tutti i comuni dell'ASL. Fornire mappatura degli ambulatori e per ciascuno le attività che possono essere espletate e la statistica

Report trimestrali

14

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

OBIETTIVI QUALITATIVI

Indicatori

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
3) Rendiconto semestrale al Controllo di Gestione.

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

3

Organizzare attività di primo livello e sviluppare azioni coordinate di promozione, sensibilizzazione ed informazione alla popolazione sui programmi di screening oncologici (mammografico-cervico-uterino e colon -retto)

Atto di Pianificazione e Avvio procedura di attivazione e chiamata per i programmi di screening



2015

12 - DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE - ASL FG Foggia

120

4

In attuazione del Piano triennale di prevenzione della corruzione dell'ASL FG 2015-2017, concorrere con il Responsabile della prevenzione della corruzione alle attività di controllo, prevenzione e contrasto della corruzione e dell'illegalità. In particolare, la S.V. dovrà con il Responsabile della prevenzione della corruzione: 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 idonei 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) entro il 30 settembre 2015;
punto b) predisporre entro il 30 ottobre 2015 piano specifico di formazione e modalità di monitoraggio e controllo delle attività

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)

6

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)



2015

120

Centro di Responsabilità

12 - DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE - ASL FG Foggia

SERVIZIO DI IGIENE degli ALIMENTI - SIAN

OBIETTIVI QUANTITATIVI

Indicatori

1	Stilare un bilancio complessivo che tenga conto dei rilievi effettuati ed indirizzi l'attività per l'anno successivo	Relazione da presentare entro il 30/09 per il 2015 ed entro il 31/03 per gli anni successivi
2	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>b) Campionamento ed esecuzione dei controlli analitici secondo la tipologia degli alimenti e delle bevande.</p> <p>c) Controllo sul deposito, commercio, vendita e impiego di fitofarmaci, additivi e coloranti ed altro.</p> <p>d) Controllo sulla produzione e sul commercio dei prodotti dietetici e degli alimenti per la prima infanzia.</p> <p>e) Controllo della contaminazione ambientale sugli alimenti e bevande.</p> <p>f) Prevenzione e controllo delle tossinfezioni alimentari e delle patologie collettive di origine alimentare.</p> <p>g) Verifica qualità delle acque destinate al consumo umano.</p> <p>h) Informazione di prevenzione nei confronti degli addetti alla produzione, manipolazione, trasporto, somministrazione, deposito e vendita delle sostanze alimentari e delle bevande.</p> <p>i) Prevenzione nella collettività degli squilibri nutrizionali qualitativi e quantitativi</p>	<p>a) Invio elenco aggiornato entro il 30/09/2015;</p> <p>b) Esiti delle verifiche di controllo su base annua;</p> <p>c) rappresentazione sintetica del lavoro effettuato nel 2014 con evidenza degli esiti rispetto alla popolazione verificata (entro il 30/09/2015).</p> <p>trimestralmente effettuate/Verifiche da effettuare</p> <p>Verifiche</p>
3	Ridurre il rischio di malattie trasmesse dagli alimenti. Incrementare la vigilanza sugli operatori del settore alimentare (OSA)	N° operatori OSA controllati (almeno 400)
4	Predisposizione menù e tabelle dietetiche per Enti Pubblici e Privati con evasione di tutte le richieste. Attività formativa rivolta agli addetti alla ristorazione collettiva.	1) Report annuale su attività svolta. 2) Almeno n° 4 corsi / anno
5	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.
6	Rendiconto trimestrale dei dati di attività all'Unità Controllo di Gestione entro il mese successivo al trimestre.	N° 4 report da inviare all'UCG



2015

120

12 - DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE - ASL FG Foggia

OBIETTIVI QUALITATIVI

Indicatori

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.
2	In attuazione del Piano triennale di prevenzione della corruzione dell'ASL FG 2015-2017, concorrere con il Responsabile della prevenzione della corruzione alle attività di controllo, prevenzione e contrasto della corruzione e dell'illegalità. In particolare, la S.V. dovrà con il Responsabile della prevenzione della corruzione: 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 idonei 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) entro il 30 settembre 2015; punto b) predisporre entro il 30 ottobre 2015 piano specifico di formazione e modalità di monitoraggio e controllo delle attività
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 (da individuare)
4	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)



2015

120

Centro di Responsabilità

N° e % Operatori

12 - DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE - ASL FG Foggia

SERVIZIO di PREVENZIONE E SICUREZZA AMBIENTI DI LAVORO - SPESAL

0,0%

OBIETTIVI QUANTITATIVI

Indicatori

1

Stilare un bilancio complessivo che tenga conto dei rilievi effettuati ed indirizzi l'attività per gli anni successivi

Relazione da presentare entro il 30/09 per il 2015 ed entro il 31/03 per gli anni successivi

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 trimestrale dove fornire un quadro aggiornato sulle attività elencate e sugli esiti.

Attività di vigilanza nei luoghi di lavoro

- 1) N° cantieri notificati (art.99 D.Lgs81/08)
- 2) N° complessivo di cantieri ispezionati 2.1) di cui non a norma al 1° sopralluogo
- 3) N° aziende con dipendenti + lavoratori autonomi oggetto di ispezione
- 4) N° sopralluoghi complessivamente effettuati
- 5) N° totale verbali
- 6) N° totale verbali con prescrizioni 758, sanzioni amministrative, ecc...
- 7) N° violazioni
- 8) N° sequestri
- 9) N° sospensioni ai sensi dell'art. 14 D.Lgs 81/08
- 10) N° piani di lavoro pervenuti per bonifica amianto e N° notifiche

Attività di igiene industriale

- 1) N° aziende/cantieri controllati con indagini di igiene industriale
- 2) N° campionamenti effettuati
- 3) N° misurazioni effettuate

Inchieste infortuni

- 1) N° inchieste infortuni concluse
- 2) N° inchieste infortuni concluse con riscontro violazione correlata all'evento

Inchieste malattie professionali

- 1) Inchieste malattie professionali concluse
- 2) N° inchieste infortuni concluse con riscontro violazione correlata all'evento

Pareri

- 1) N° pareri
- 2) N° aziende oggetto di sopralluogo per l'espressione dei pareri

Attività sanitaria

- 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

Attività di assistenza

- 1) N° interventi di informazioni/comunicazione per gruppi di lavoratori esposti a specifici rischi



2015

120

12 - DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE - ASL FG Foggia

- 2) N° sportelli informativi dedicati
- 3) N° iniziative di confronto (incontri, seminari, ecc..) con le figure aziendali per le prevenzione

Attività di formazione

- 1) N° ore di formazione
- 2) N° persone formate

Verifiche periodiche

- 1) N° Aziende
- 2) N° cantieri con verifiche periodiche
- 3) N° verbali ai sensi del D. Lgs 758/94
- 4) Proventi per attività di verifiche peridiche

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.

OBIETTIVI QUALITATIVI

Indicatori

1

In attuazione del Piano triennale di prevenzione della corruzione dell'ASL FG 2015-2017, concorrere con il Responsabile della prevenzione della corruzione alle attività di controllo, prevenzione e contrasto della corruzione e dell'illegalità. In particolare, la S.V. dovrà con il Responsabile della prevenzione della corruzione: 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 idonei a prevenire i rischi di corruzione; c) assicurare con riguardo alle attività individuate a piu 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) entro il 30 settembre 2015;
punto b) predisporre entro il 30 ottobre 2015 piano specifico di formazione e modalità di monitoraggio e controllo delle attività

2

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)

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)



2015

120

12 - DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE - ASL FG Foggia

Centro di Responsabilità

SIAV AREA A

N° e % Operatori

0,0%

OBIETTIVI QUANTITATIVI

Indicatori

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/ N° totale allevamenti = ___%

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 31/01/2016 (evoluzione sul 2014).

3

Alimentazione dell'anagrafe del bestiame (BDN) compreso di allevamenti di acquacoltura e georeferenziazione delle aziende inserite in BDN

Avvio procedura informatizzata

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 2014 con evidenza degli esiti rispetto alla popolazione verificata. Entro il 31 luglio 2015.

5

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.

OBIETTIVI QUALITATIVI

Indicatori

1

Lotta al randagismo e controllo della popolazione canina aggiornando puntualmente l'anagrafe canina. Denunce per aggressioni da cani randagi .

Avvio procedura informatizzata

2

In attuazione del Piano triennale di prevenzione della corruzione dell'ASL FG 2015-2017, concorrere con il Responsabile della prevenzione della corruzione alle attività di controllo, prevenzione e contrasto della corruzione e dell'illegalità. In particolare, la S.V. dovrà con il Responsabile della prevenzione della corruzione: 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 idonei 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) entro il 30 settembre 2015;
punto b) predisporre entro il 30 ottobre 2015 piano specifico di formazione e modalità di monitoraggio e controllo delle attività

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 (da individuare)

4

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)



2015

120

Centro di Responsabilità

N° e % Operatori

12 - DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE - ASL FG Foggia

SIAV AREA B

0,0%

OBIETTIVI QUANTITATIVI

Indicatori

1

Incremento della lotta alle zoonosi emergenti: Listeria, Campylobacter, Yersinia, E.coli O157H7, Anisakis.

Piano di intervento e rendicontazione trimestrale delle attività svolte

2

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

a) Invio elenco aggiornato; b) Pianificazione delle verifiche su base annua; c) rappresentazione sintetica del lavoro effettuato nel 2014 con evidenza degli esiti rispetto alla popolazione verificata. Entro il 30 settembre 2015 ed entro 31/03 per gli anni successivi

a) Ispezione negli impianti di macellazione:

- precisa gestione dell'Anagrafe dei bovini 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;
- 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 con la
- 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.

report trimestrale dove fornire un quadro aggiornato sulle attività elencate e sugli esiti.

b) Controllo igienico sanitario nei settori della produzione, trasformazione, conservazione, commercializzazione, trasporto e deposito, distribuzione e somministrazione degli alimenti di origine animale;

c) Vigilanza ed ispezione nelle strutture in cui la normativa vigente prevede il veterinario ufficiale;

d) Disposizioni di indagini microbiologiche in tutte le fasi della produzione e sui prodotti;

e) Valutazione degli esiti analitici ed informazioni dei conduttori degli stabilimenti, dei risultati, degli esami e degli eventuali accorgimenti da adottare;

f) Certificazioni sanitarie sui prodotti destinati all'esportazione o ad usi particolari;

g) Monitoraggio della presenza di residui di farmaci e contaminanti ambientali negli alimenti di origine animale.

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.

4

Rendiconto trimestrale dei dati di attività all'Unità Controllo di Gestione entro il mese successivo al trimestre.

N° 4 report trimestrali



2015

120

12 - DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE - ASL FG Foggia

OBIETTIVI QUALITATIVI

Indicatori

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

2

In attuazione del Piano triennale di prevenzione della corruzione dell'ASL FG 2015-2017, concorrere con il Responsabile della prevenzione della corruzione alle attività di controllo, prevenzione e contrasto della corruzione e dell'illegalità. In particolare, la S.V. dovrà con il Responsabile della prevenzione della corruzione: 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 idonei 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) entro il 30 settembre 2015;
punto b) predisporre entro il 30 ottobre 2015 piano specifico di formazione e modalità di monitoraggio e controllo delle attività

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 (da individuare)

4

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)



2015

120

Centro di Responsabilità

N° e % Operatori

12 - DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE - ASL FG Foggia

SIAV AREA C

0,0%

OBIETTIVI QUANTITATIVI

Indicatori

1

Stilare un bilancio aggiornato sui livelli di igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche, sulle eventuali azioni da intraprendere ed intraprese.

Relazione da presentare entro il 30/09 per il 2015 ed entro il 31/03 per gli anni successivi

2

Fornire un elenco suddiviso per comune e settore attività delle unità aziendali oggetto di possibile 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 2014 con evidenza degli esiti rispetto alla popolazione verificata. Entro il 30 settembre 2015 ed entro 31/03 per gli anni successivi

- a) Controllo e vigilanza sulla distribuzione ed impiego del farmaco veterinario:
- 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.
- b) Controllo e vigilanza sull'alimentazione animale e sulla produzione e distribuzione dei mangimi:
- 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%);
- c) Controllo e vigilanza sulla produzione animale;
- d) Controllo sul latte e sulle produzioni lattiero casearie;
- e) Sorveglianza sul benessere degli animali da reddito e da affezione;
- f) Protezione dell'ambiente da rischi biologici, chimici e fisici con documentazione epidemiologica;
- g) Vigilanza e controllo sull'impiego di animali nella sperimentazione.

report trimestrale dove fornire un quadro aggiornato sulle attività elencate e sugli esiti.

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.

4

Rendiconto trimestrale dei dati di attività all'Unità Controllo di Gestione entro il mese successivo al trimestre.

N° 4 report trimestrali



2015

120

12 - DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE - ASL FG Foggia

OBIETTIVI QUALITATIVI

Indicatori

1

In attuazione del Piano triennale di prevenzione della corruzione dell'ASL FG 2015-2017, concorrere con il Responsabile della prevenzione della corruzione alle attività di controllo, prevenzione e contrasto della corruzione e dell'illegalità. In particolare, la S.V. dovrà con il Responsabile della prevenzione della corruzione: 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 idonei 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) entro il 30 settembre 2015;
punto b) predisporre entro il 30 ottobre 2015 piano specifico di formazione e modalità di monitoraggio e controllo delle attività

2

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)

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)



2015

120

13 - AREA GESTIONE SERVIZIO FARMACEUTICO TERRITORIALE - ASL FG Foggia

Centro di Responsabilità

DIREZIONE AREA GESTIONE SERVIZIO FARMACEUTICO

OBIETTIVI QUANTITATIVI

Indicatori

1	Controllo e monitoraggio dei comportamenti prescrittivi di MMG e PLS	Report mensile ai Distretti l'elenco dei MMG e PLS con andamenti prescrittivi anomali.
2	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)
3	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)
4	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.	Riduzione 70% del gap tra Spesa farmaceutica territoriale effettiva aziendale anno 2013 e 11,35% previsto dalla legge-
5	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.
6	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
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 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%
8	Rendicontazione trimestrale dei consumi per centro di costo al Controllo di Gestione, da effettuarsi entro il mese successivo al trimestre.	N° 4 Report Trimestrali
9	Contenimento della spesa nei limiti del budget assegnato annualmente con Deliberazione Aziendale. Monitoraggio continuo ed analisi trimestrale sullo stato di avanzamento del budget assegnato.	Relazione entro il 30 del mese successivo alla chiusura del trimestre sullo stato di avanzamento del Budget limitatamente ai programmi di spesa a disposizione.
10	Miglioramento dei propri tempi medi di pagamento relativi ad acquisti di beni, servizi e forniture e pubblicazione sul sito aziendale del relativo indicatore (ai sensi della L. 69/2009, art. 23, comma 5).	Indicatore di tempestività dei pagamenti: emettere il provvedimento di liquidazione entro n. 20 giorni dalla data di registrazione fattura.



2015

120

13 - AREA GESTIONE SERVIZIO FARMACEUTICO TERRITORIALE - ASL FG Foggia

OBIETTIVI QUALITATIVI

Indicatori

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 lo scadenario approvato annualmente dalla G.R. e pubblicato sul sito aziendale

2

Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, ai fini di una sua riconduzione verso i valori di riferimento (L.R. 405/2001; DGR n. 1718/2004).

Riunioni con i MMG, PLS e Specialisti Interni sull'uso di specifici farmaci generici. Almeno n. 4 incontri all'anno.

3

Miglioramento della distribuzione diretta dei farmaci da parte delle strutture sanitarie di afferenza

Adozione di convenzioni con le strutture sanitarie di afferenza inerenti la distribuzione dei farmaci al fine di uniformare i comportamenti prescrittivi e distributivi (per il calcolo dei risultati intermedi si terrà conto della proporzione tra n. di convenzioni adottate /n. totale delle strutture sanitarie di afferenza)

4

In attuazione del Piano triennale di prevenzione della corruzione dell'ASL FG 2015-2017, concorrere con il Responsabile della prevenzione della corruzione (RPC) alle attività di controllo, prevenzione e contrasto della corruzione e dell'illegalità. 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) entro il 30 settembre 2015;
punto b) predisporre entro il 30 ottobre 2015 piano specifico di formazione e modalità di monitoraggio e controllo delle attività

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.



2015

14 - AREA GESTIONE SERVIZIO FARMACEUTICO OSPEDALIERO - ASL FG Foggia

Centro di Responsabilità

DIREZIONE AREA GESTIONE SERVIZIO FARMACEUTICO

OBIETTIVI QUANTITATIVI

Indicatori

1	<p>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.</p>	<p>riduzione 70% del gap tra Spesa farmaceutica ospedaliera effettiva aziendale anno 2013 e 3,5% previsto dalla legge (da precisare gli oggetti che compongono la spesa farmaceutica ospedaliera in esame)</p>
2	<p>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.</p>	<p>1) riduzione degli stock del 7-10% 2) Report dei farmaci scaduti al 31/12/2015 (valorizzato)</p>
3	<p>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</p>	<p>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)</p>
3	<p>Alimentazione del sistema, dopo adeguata mappatura dei centri di costo a quella aziendale in modo da rendicontare trimestralmente al controllo di gestione.</p>	<p>contabilizzare tutte le operazioni di carico e scarico in procedura entro il 10 del mese successivo alla chiusura del trimestre</p>
4	<p>Rendicontazione trimestrale dei consumi per centri di costo.</p>	<p>report a tutti i reparti e servizi interessati a cadenza trimestrale</p>
5	<p>Contenimento della spesa nei limiti del budget assegnato con Deliberazione aziendale. Monitoraggio continuo ed analisi trimestrale sullo stato di avanzamento del budget assegnato.</p>	<p>relazione entro la fine del mese successivo alla chiusura del trimestre.</p>
6	<p>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).</p>	<p>Indicatore di tempestività dei pagamenti: emettere il provvedimento di liquidazione entro n. 20 giorni dalla data di registrazione fattura. (a partire dall'avvio della fatturazione elettronica)</p>



2015

14 - AREA GESTIONE SERVIZIO FARMACEUTICO OSPEDALIERO - ASL FG Foggia

OBIETTIVI QUALITATIVI

Indicatori

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 lo scadenario approvato annualmente dalla G.R. e pubblicato sul sito aziendale

2

Miglioramento della distribuzione diretta dei farmaci da parte delle strutture sanitarie di afferenza

Adozione di convenzioni con le strutture sanitarie di afferenza inerenti la distribuzione dei farmaci al fine di uniformare i comportamenti prescrittivi e distributivi (per il calcolo dei risultati intermedi si terrà conto della proporzione tra n. di convenzioni adottate /n. totale delle strutture sanitarie di afferenza)

3

In attuazione del Piano triennale di prevenzione della corruzione dell'ASL FG 2015-2017, concorrere con il Responsabile della prevenzione della corruzione (RPC) alle attività di controllo, prevenzione e contrasto della corruzione e dell'illegalità. 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) entro il 30 settembre 2015;
punto b) predisporre entro il 30 ottobre 2015 piano specifico di formazione e modalità di monitoraggio e controllo delle attività

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.

Attuazione della procedura di emissione degli ordini a seguito delle assegnazioni ricevute per acquisti diretti.



2015

15 - AREE AZIENDALI - ASL FG Foggia

Centro di Responsabilità

AREA GESTIONE RISORSE UMANE

OBIETTIVI QUANTITATIVI

Indicatori

1	Rideterminazione dotazione organica ed adeguamento dei fondi contrattuali aziendali previsti dai CCNL entro i limiti fissati dalla normativa nazionale e regionale vigente.	produzione atto
2	Rispetto blocco totale del turn-over, fatte salve eventuali deroghe da parte della Giunta Regionale.	produzione atto
3	Gestione dei fondi relativi alle competenze accessorie.	SI/NO
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
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
6	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)	Attuazione e predisposizione delle procedure amministrative in linea con gli obiettivi previsti nella specifica sezione del PAC.
7	Contenimento della spesa nei limiti del budget assegnato annualmente con Deliberazione Aziendale. Monitoraggio continuo ed analisi trimestrale sullo stato di avanzamento del budget assegnato.	Relazione entro il 30 del mese successivo alla chiusura del trimestre sullo stato di avanzamento del Budget limitatamente ai programmi di spesa a disposizione.

OBIETTIVI QUALITATIVI

Indicatori

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 trasmettersi entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso informativo secondo lo scadenario approvato annualmente dalla G.R. e pubblicato sul sito aziendale
2	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
3	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 e strutture di riabilitazione ex art. 26 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)



2015

15 - AREE AZIENDALI - ASL FG Foggia

4

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).

Indicatore 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

5

In attuazione del Piano triennale di prevenzione della corruzione dell'ASL FG 2015-2017, concorrere con il Responsabile della prevenzione della corruzione (RPC) alle attività di controllo, prevenzione e contrasto della corruzione e dell'illegalità. 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) entro il 15 luglio 2015; punto b) predisporre entro il 30 settembre 2015 piano specifico di formazione e modalità di monitoraggio e controllo delle attività

6

Predisposizione, di concerto con il RPC, di un Codice di Comportamento dell'ASL che integri o specifichi con eventuali ulteriori prescrizioni quello riportato dal DPR n. 62/13. Tale Codice deve essere adottato con delibera e reso pubblico a tutti i dipendenti e allegato ai singoli contratti di rapporto lavorativo sottoscritti.

Predisposizione atto

7

Negli atti relativi all'instaurazione del rapporto di lavoro/collaborazione dovrà essere inserita 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 la risoluzione o decadenza dal rapporto in caso di violazione.

Predisposizione della clausola nei contratti di assunzione.

8

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)

9

Formazione e aggiornamento professionale sull'anticorruzione e sulla trasparenza amministrativa di concerto con la struttura Formazione e il RPC

presentare un piano di formazione atto a istruire il personale operativo, con riferimento alla definizione delle linee di attività a maggior rischio,



2015

15 - AREE AZIENDALI - ASL FG Foggia

Centro di Responsabilità

AREA GESTIONE RISORSE ECONOMICHE E FINANZIARIE

OBIETTIVI QUANTITATIVI

Indicatori

1	Concorre con il Controllo di Gestione al completamento del sistema di contabilità analitica per centri di costo e responsabilità.	attuazione del sistema entro il 30 settembre 2015
2	Adeguamento del sistema informativo contabile alle disposizioni del D.Lgs. 118/2011 e successive modificazioni e integrazioni, nonché alle direttive regionali in materia.	predisposizione degli atti necessari alla implementazione delle attività richieste.
3	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 regime della procedura
4	Contenimento della spesa nei limiti del budget assegnato annualmente con Deliberazione Aziendale. Monitoraggio continuo ed analisi trimestrale sullo stato di avanzamento del budget assegnato.	Relazione entro il 30 del mese successivo alla chiusura del trimestre sullo stato di avanzamento del Budget limitatamente ai programmi di spesa a disposizione.
5	Miglioramento dei propri tempi medi di pagamento relativi ad acquisti di beni, servizi e forniture e pubblicazione sul sito aziendale del relativo indicatore (ai sensi della L. 69/2009, art. 23, comma 5).	Indicatore di tempestività dei pagamenti: eseguire l'ordine di pagamento entro n. 20 giorni dalla data di ricezione del provvedimento.
6	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)
7	Registrazione fatture entro 15 gg lavorativi dal ricevimento	Media (Data registrazione fattura - Data ricevimento)
8	Rispetto del vincolo di budget assegnato al fine di ridurre il ricorso al lavoro straordinario	Spesa sostenuta per straordinario / Budget assegnato per straordinario
9	Predisposizione e attuazione delle procedure amministrative in linea con le procedure di revisione stabilite nel PAC (Piano attuativo per la certificazione del Bilancio)	predisposizione = SI/NO attuazione = SI/NO



2015

15 - AREE AZIENDALI - ASL FG Foggia

OBIETTIVI QUALITATIVI

Indicatori

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 dati e le informazioni dovranno trasmettersi entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso informativo secondo lo scadenziario approvato annualmente dalla G.R. e pubblicato sul sito aziendale</p>
2	<p>In attuazione del Piano triennale di prevenzione della corruzione dell'ASL FG 2015-2017, concorrere con il Responsabile della prevenzione della corruzione (RPC) alle attività di controllo, prevenzione e contrasto della corruzione e dell'illegalità. 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) entro il 15 luglio 2015; punto b) predisporre entro il 30 settembre 2015 piano specifico di formazione e modalità di monitoraggio e controllo delle attività</p>
3	<p>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.</p>	<p>Pubblicazione sul sito di tutti gli atti amministrativi richiesti (da individuare)</p>
4	<p>Predisposizione e attuazione delle procedure amministrative in linea con le procedure di revisione stabilite nel PAC (Piano attuativo per la certificazione del Bilancio)</p>	<p>predisposizione = SI/NO attuazione = SI/NO</p>



2015

15 - AREE AZIENDALI - ASL FG Foggia

Centro di Responsabilità

AREA GESTIONE TECNICA

OBIETTIVI QUANTITATIVI

Indicatori

1	Acquisto di beni e servizi alle migliori condizioni di mercato. In attuazione e secondo i criteri di cui all'art. 59 della L. 388/2000 le ASL aderiscono alle convenzioni stipulate dal Ministero del Tesoro attraverso la CONSIP per tutte le categorie merceologiche pubblicate sul relativo sito internet, ovvero utilizzano i relativi parametri di qualità e di prezzo per l'acquisto di beni comparabili con quelli oggetto di convenzionamento.	Valore degli acquisti attraverso Convenzioni (anno 2015) / Valore degli acquisti attraverso Convenzioni (anno 2014)
2	Capitalizzazione dei costi di manutenzione straordinari sia per lavori eseguiti in economia che commissionati a fornitori terzi.	rendiconto entro il 30 giugno 2015 dei lavori in corso; entro il 30 luglio 2015 formazione (refresh e avvio) della procedura; entro il 31 gennaio 2016 rendiconto delle commesse chiuse e delle commesse aperte.
3	Contenimento della spesa nei limiti del budget assegnato annualmente con Deliberazione Aziendale. Monitoraggio continuo ed analisi trimestrale sullo stato di avanzamento del budget assegnato.	Relazione entro il 30 del mese successivo alla chiusura del trimestre sullo stato di avanzamento del Budget limitatamente ai programmi di spesa a disposizione.
4	Avanzamento delle procedure e di esecuzione dei lavori con fondi FERS e con finanziamenti esterni alla ASL.	entro il 30 giugno 2015 rendiconto dei programmi; relazione semestrale sullo stato di attuazione rispetto al cronoprogramma concordato
5	Regolarizzazione delle comunicazioni all'Autorità di Vigilanza sui contratti Pubblici delle U.O.S. competenti	100%
6	Avanzamento del programma per la gestione della sicurezza degli impianti; effettuazione interventi.	Atti programmatici per U.O. : N° ___
7	Informatizzazione della U.O.S." Manutenzioni O.S." e regolarizzazione della comunicazioni all'Autorità dei Contratti Pubblici	100%
8	U.O.S. "Elettromedicali": Completamento dell'inventario delle apparecchiature elettromedicali e delle relative documentazioni tecniche (fascicoli apparecchiature)	100% di completamento Inventario e riordino documentazioni per macrostruttura
9	U.O.S. "Elettromedicali" Completamento della informatizzazione coordinata dei servizi manutentivi	Atto di collaudo: N° 1
10	In collaborazione con il patronio: Adempimenti ICI - IMU regolarizzazione	Incontri verbalizzati
11	Nuove sedi per servizi territoriali e/o uffici amministrativi da assumere in locazione	Procedure : N° ___
12	Atto ricognitivo di fitti attivi	inventario degli immobili da reddito
13	Espletamento delle gare per la fornitura di E.E. e gas	Inventario situazione attuale; relazione semestrale sullo stato di attuazione
14	Produzione di un regolamento per l'utilizzo del patrimonio divenuto negli anni disponibile	Regolamento di funzionamento programma acquisizioni
15	Rispetto del vincolo di budget assegnato al fine di ridurre il ricorso al lavoro straordinario	Spesa sostenuta per straordinario / Budget assegnato per straordinario
16	Predisposizione delle procedure amministrative in linea con le procedure di revisione stabilite nel PAC (Piano attuativo per la certificazione del Bilancio)	Attuazione e predisposizione delle procedure amministrative in linea con gli obiettivi previsti nella specifica sezione del PAC.



2015

15 - AREE AZIENDALI - ASL FG Foggia

OBIETTIVI QUALITATIVI

Indicatori

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: emettere il provvedimento di liquidazione entro n. 20 giorni dalla data di registrazione fattura.

2

Rispetto accordi di programma sottoscritti per l'utilizzo dei fondi comunitari e per gli investimenti ex art. 20 L. 67/1988.

entro il 30 giugno 2015 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.

3

In attuazione del Piano triennale di prevenzione della corruzione dell'ASL FG 2015-2017, concorrere con il Responsabile della prevenzione della corruzione (RPC) alle attività di controllo, prevenzione e contrasto della corruzione e dell'illegalità. 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) entro il 15 luglio 2015;
punto b) predisporre entro il 30 settembre 2015 piano specifico di formazione e modalità di monitoraggio e controllo delle attività

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)

5

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)



2015

15 - AREE AZIENDALI - ASL FG Foggia

Centro di Responsabilità

AREA GESTIONE DEL PATRIMONIO

OBIETTIVI QUANTITATIVI

Indicatori

1	<p>Acquisto di beni e servizi alle migliori condizioni di mercato. In attuazione e secondo i criteri di cui all'art. 59 della L. 388/2000 le ASL aderiscono alle convenzioni stipulate dal Ministero del Tesoro attraverso la CONSIP per tutte le categorie merceologiche pubblicate sul relativo sito internet, ovvero utilizzano i relativi parametri di qualità e di prezzo per l'acquisto di beni comparabili con quelli oggetto di convenzionamento.</p>	<p>Valore degli acquisti attraverso Convenzioni (anno 2015) / Valore degli acquisti attraverso Convenzioni (anno 2014)</p>
2	<p>Contenimento della spesa nei limiti del budget assegnato annualmente con Deliberazione Aziendale. Monitoraggio continuo ed analisi trimestrale sullo stato di avanzamento del budget assegnato.</p>	<p>Relazione entro il 30 del mese successivo alla chiusura del trimestre sullo stato di avanzamento del Budget limitatamente ai programmi di spesa a disposizione.</p>
3	<p>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).</p>	<p>Indicatore di tempestività dei pagamenti: emettere il provvedimento di liquidazione entro n. 20 giorni dalla data di registrazione fattura.</p>
4	<p>Predisposizione delle procedure amministrative del in linea con le procedure di revisione stabilite nel PAC (Piano attuativo per la certificazione del Bilancio)</p>	<p>Attuazione e predisposizione delle procedure amministrative in linea con gli obiettivi previsti nella specifica sezione del PAC.</p>
5	<p>Rispetto del vincolo di budget assegnato al fine di ridurre il ricorso al lavoro straordinario</p>	<p>Spesa sostenuta per straordinario / Budget assegnato per straordinario</p>
6	<p>Utilizzo firma digitale sui contratti</p>	<p>SI/NO</p>
7	<p>Inventario degli immobili da reddito (fitti attivi)</p>	<p>SI/NO</p>



2015

15 - AREE AZIENDALI - ASL FG Foggia

OBIETTIVI QUALITATIVI

Indicatori

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 trasmettersi entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso informativo secondo lo scadenziario approvato annualmente dalla G.R. e pubblicato sul sito aziendale
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
3	In attuazione del Piano triennale di prevenzione della corruzione dell'ASL FG 2015-2017, concorrere con il Responsabile della prevenzione della corruzione (RPC) alle attività di controllo, prevenzione e contrasto della corruzione e dell'illegalità. 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) entro il 15 luglio 2015; punto b) predisporre entro il 30 settembre 2015 piano specifico di formazione e modalità di monitoraggio e controllo delle attività
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)



2015

15 - AREE AZIENDALI - ASL FG Foggia

Centro di Responsabilità

AREA COORDINAMENTO DEI SERVIZI SOCIO SANITARI

OBIETTIVI QUANTITATIVI

Indicatori

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)
2	Garantire l'informazione e la consulenza sulle prestazioni socio-sanitarie erogate con oneri a carico dell'Azienda e con oneri a carico degli utenti e/o dei Comuni, differenziando le diverse fonti di finanziamento	Rendicontazione nell'ambito del proprio budget
3	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
4	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	Rendicontazione delle attività anche ispettive eseguite durante l'anno
5	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
6	Garantire l'attuazione dei progetti previsti dal Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018 in fase di predisposizione	Relazione sullo stato di avanzamento dei singoli progetti
7	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
8	Progettare e gestire il Sistema Informativo per la Salute orientato verso i singoli e la comunità familiare integrato fra le attività socio-sanitarie della Azienda ASL e quelle sociali a rilievo sanitario degli ambiti territoriali dei Comuni nonché quelle sociali degli Enti territoriali	Rientra nella definizione del fascicolo sanitario e sociale
9	Contenimento della spesa nei limiti del budget assegnato annualmente con Deliberazione Aziendale. Monitoraggio continuo ed analisi trimestrale sullo stato di avanzamento del budget assegnato.	Relazionare entro il 30 del mese successivo alla chiusura del trimestre.
10	Miglioramento dei propri tempi medi di pagamento relativi ad acquisti di beni, servizi e forniture e pubblicazione sul sito aziendale del relativo indicatore (ai sensi della L. 69/2009, art. 23, comma 5).	Indicatore di tempestività dei pagamenti: emettere il provvedimento di liquidazione entro n. 20 giorni dalla data di registrazione fattura.



2015

15 - AREE AZIENDALI - ASL FG Foggia

OBIETTIVI QUALITATIVI

Indicatori

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 trasmettersi entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso informativo secondo lo scadenziario approvato annualmente dalla G.R. e pubblicato sul sito aziendale

2

Assicurare il coordinamento delle funzioni in indirizzo, programmazione, gestione e controllo dell'integrazione socio-sanitaria nelle seguenti aree:
a- materno infantile
b-disabilità;
c-anziani e persone non autosufficienti con patologie croniche - degenerative

elaborazione di strategie per la gestione del processo di governo della domanda, anche attraverso il coinvolgimento dei MMG e PLS, i direttori DSS e Resp. Servizi Sociali EE:LL

3

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)

4

Progettare e gestire il sistema di valutazione dei piani e progetti aziendali a valenza socio-sanitaria integrato con quello degli Enti Locali che tenga conto della fase valutativa in itinere, ex post e dell'impatto sociale sulle famiglie e sui cittadini

_definire entro il 31.12.15, un set di indicatori che evidenziano gli effetti rivenienti dalle azioni poste in essere
- relazione annuale sulla tenuta del sistema



2015		16 - UFFICI DI STAFF ALLA DIREZIONE - ASL FG Foggia	
Centro di Responsabilità		S.C. BUROCRATICO LEGALE	
		OBIETTIVI QUANTITATIVI	Indicatori
1	Monitoraggio circa il corretto rispetto dei termini di prescrizione/decadenza nelle procedure.		produzione di un inventario delle procedure in corso
2	<p>Aggiornamento in tempo reale dell'inventario permanente delle pratiche di contenzioso suddiviso per tipologia di contenzioso, con l'indicazione per ciascuna procedura:</p> <p>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.</p>		Inventario aggiornato
2.bis	<p>Aggiornamento in tempo reale dell'inventario permanente delle pratiche di contenzioso suddiviso per tipologia di contenzioso, con l'indicazione per ciascuna procedura:</p> <p>a) Legale incaricato; b) stima del danno a carico della azienda (sorte capitale, interessi e spese legali); c) eventuale copertura del danno nel caso di assicurazioni; d) fase del contenzioso; e) altre informazioni utili ad inquadrare sinteticamente la situazione.</p>		Inventario aggiornato
3	Contenimento della spesa nei limiti del budget assegnato annualmente con Deliberazione Aziendale. Monitoraggio continuo ed analisi trimestrale sullo stato di avanzamento del budget assegnato.		Relazione entro il 30 del mese successivo alla chiusura del trimestre sullo stato di avanzamento del Budget limitatamente ai programmi di spesa a disposizione.
4	Ricognizione del contenzioso aziendale al fine di una corretta valutazione del fondo rischi aziendale		Relazione semestrale da inviare al CdG e ARF
5	Aumento delle cause concluse con sentenza favorevole per l'amministrazione		numero sentenze favorevoli/ sentenze non favorevoli
6	Riduzione delle cause affidate all'esterno		Numero cause affidate all'esterno / Numero cause totali
7	Rispetto del vincolo di budget assegnato al fine di ridurre il ricorso al lavoro straordinario		Spesa sostenuta per straordinario / Budget assegnato per straordinario
		OBIETTIVI QUALITATIVI	Indicatori
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.
2	Dematerializzazione e archiviazione ottica		informatizzazione dell'archivio legale relativo alle procedure aperte entro il 2015/2016



2015		16 - UFFICI DI STAFF ALLA DIREZIONE - ASL FG Foggia	
Centro di Responsabilità		S.C. CONTROLLO DI GESTIONE E SIA	
		OBIETTIVI QUANTITATIVI	Indicatori
1	Trimestralmente fornisce alla Direzione Strategica una relazione aggiornata sullo stato di avanzamento del Budget e sul conseguimento degli obiettivi negoziati con le strutture aziendali.		n° 4 report trimestrali (a partire al 2016)
2	Annualmente predisporre l'analisi dei costi e dei ricavi per centro di costo/responsabilità.		n° 1 report annuale
3	Contenimento della spesa nei limiti del budget assegnato annualmente con Deliberazione annuale. Monitoraggio ed analisi trimestrale sullo stato di avanzamento del budget assegnato.		relazione trimestrale entro il 30 del mese successivo alla chiusura del trimestre.
4	Nuovo Piano dei Centri di Costo		Predisposizione del nuovo Piano dei Centri di Costo entro il 31/12/2015
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
6	Estensione/integrazione dell'infrastrutture di rete necessaria per le nuove sedi.		revisioni a seguito delle dismissioni e attivazioni di varie UU.OO.
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 2015, ivi compresi gli aggiuntivi, le riparazioni e/o sostituzioni.		SI/NO
		OBIETTIVI QUALITATIVI	Indicatori
1	Concorre con la Direzione Strategica alla definizione e negoziazione degli obiettivi.		1) produzione documento di direttive 2) elaborazione schede Obiettivi 2015-17 3) incontri comitato budget verbalizzati
2	Funzionamento e miglioramento 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.		
3	Dotazione Organica: collaborazione con AGRU e Direzione Strategica per la definizione della nuova D.O.		Nuova Dotazione Organica
4	Integrazioni dei sistemi Informativi aziendali con il sistema regionale Edotto		Completamento del sistema di cooperazione con la procedura Edotto
5	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)



2015		16 - UFFICI DI STAFF ALLA DIREZIONE - ASL FG Foggia	
Centro di Responsabilità		S.C. STATISTICA ED EPIDEMIOLOGIA	
		OBIETTIVI QUANTITATIVI	Indicatori
1	Analisi demografica della popolazione dell'ASL /FG. Aggiornamento.		aggiornamento annuale
2	Epidemiologia oncologica. Aggiornamento		aggiornamento annuale
3	Analisi dello stato di salute della popolazione dell'Asl Foggia. Aggiornamento		aggiornamento annuale
4	Studio di incidenza dell'infarto acuto del miocardio. Aggiornamento.		aggiornamento annuale
5	Analisi delle cause di ospedalizzazione della popolazione dell'Asl Foggia. Aggiornamento		aggiornamento annuale
6	Analisi epidemiologica delle principali patologie prevalenti nella popolazione dell'Asl Foggia. Aggiornamento		aggiornamento annuale
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
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 sugli incontri fatti.
9	Rispetto del vincolo di budget assegnato al fine di ridurre il ricorso al lavoro straordinario		Spesa sostenuta per straordinario / Budget assegnato per straordinario
10	Garanzia dell'operatività del Registro Tumori		Trasmissione dei dati raccolti attraverso la compilazione di schede opportunamente predisposte dal centro di coordinamento in attuazione delle previsioni di cui alla DGR n. 1500/2008
		OBIETTIVI QUALITATIVI	Indicatori
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 lo scadenziario approvato annualmente dalla G.R. e pubblicato sul sito aziendale
2	Flussi NSIS		Verifica ed inserimento in NSIS secondo le scadenze



2015		16 - UFFICI DI STAFF ALLA DIREZIONE - ASL FG Foggia	
Centro di Responsabilità		S. S. PROGRAMMAZIONE AZIENDALE	
		OBIETTIVI QUANTITATIVI	Indicatori
1	Aggiornamento del Piano Attuativo Locale (PAL)		SI/NO
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
3	Rispetto del vincolo di budget assegnato al fine di ridurre il ricorso al lavoro straordinario		Spesa sostenuta per straordinario / Budget assegnato per straordinario
4	Predisposizione Atto Aziendale		SI/NO
5	Piano Triennale per la Trasparenza e l'Integrità (PTTI)		a) Monitoraggio semestrale b) Realizzazione della giornata della trasparenza c)attività di formazione
		OBIETTIVI QUALITATIVI	Indicatori
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 trasmettersi entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso informativo secondo lo scadenziario approvato annualmente dalla G.R. e pubblicato sul sito aziendale
2	Gestione e regolamentazione della segreteria generale, amministrativa e sanitaria, del protocollo generale e archivio, dei partneriati e patrocini		Predisposizione regolamenti di funzionamento
3	Regolamentazione dell'Accesso agli atti		Predisposizione regolamento
4	Regolamentazione Collegio sindacale		Predisposizione regolamento
5	Regolamentazione Accesso Civico		Predisposizione regolamento
6	Regolamentazione Procedimenti amministrativi		Predisposizione regolamento



2015		16 - UFFICI DI STAFF ALLA DIREZIONE - ASL FG Foggia	
Centro di Responsabilità		S.S. FORMAZIONE	
		OBIETTIVI QUANTITATIVI	Indicatori
1	Predisporre l'analisi annuale dei bisogni formativi dell'Azienda		predisposizione atto entro il 30 ottobre di ogni anno per l'anno successivo
2	Monitoraggio e valutazione dei risultati.		Relazione annuale
3	Contenimento della spesa nei limiti del budget assegnato annualmente con Deliberazione Aziendale. Monitoraggio continuo ed analisi trimestrale sullo stato di avanzamento del budget assegnato.		Relazione entro il 30 del mese successivo alla chiusura del trimestre sullo stato di avanzamento del Budget limitatamente ai programmi di spesa a disposizione.
4	Predisposizione di una specifica attività formativa sull'appropriatezza prescrittiva e sulla diffusione e discussione delle Linee guida regionale ed aziendali, per i MMG, gli Specialisti Territoriali ed Ospedalieri utilizzando le varie possibilità contrattuali (formazione obbligatoria, formazione ECM).		Predisporre il programma e da corso ad almeno due eventi nell'anno
5	Realizzazione, in accordo con il RPC e l'Area Gestione del Personale, di attività Formazione e aggiornamento professionale sull'anticorruzione e sulla trasparenza amministrativa.		Presentazione di programmi formativi di Aggiornamento
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
7	Somministrazione di un questionario ai Direttori di Struttura Complessa sui bisogni formativi		elaborazione questionari
8	Rispetto del vincolo di budget assegnato al fine di ridurre il ricorso al lavoro straordinario		Spesa sostenuta per straordinario / Budget assegnato per straordinario
		OBIETTIVI QUALITATIVI	Indicatori
1	Progettazione e/o collaborazione degli interventi di formazione, collaborazione e/o realizzazione dei corsi di formazione		SI/NO
2	Soddisfacimento delle richieste tirocini gratuiti e stage in Azienda		100% degli aventi diritto e nei limiti imposti dalla normativa
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.
4	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)



2015		16 - UFFICI DI STAFF ALLA DIREZIONE - ASL FG Foggia	
Centro di Responsabilità		S.S. UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO	
		OBIETTIVI QUANTITATIVI	Indicatori
1	Analisi sulla natura dei reclami pervenuti e invio ai servizi competenti ad adottare le opportune misure atte a superare le criticità riscontrate, riscontrando tempi e risposte alle richieste pervenute così come stabilito nel "Regolamento di Pubblica Tutela".		analisi trimestrale al controllo di gestione
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.
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
4	Attivazione di un sistema di Customer Satisfaction Management		SI/NO
5	Alimentazione del sistema di misurazione e valutazione civica delle attività aziendali di Audit Civico.		Predisposizione atti
6	Contenimento della spesa nei limiti del budget assegnato annualmente con Deliberazione Aziendale. Monitoraggio continuo ed analisi trimestrale sullo stato di avanzamento del budget assegnato.		SI/NO Relazione entro il 30 del mese successivo alla chiusura del trimestre sullo stato di avanzamento del Budget
		OBIETTIVI QUALITATIVI	Indicatori
1	Promozione e gestione della Comunicazione istituzionale on line attraverso il portale della Salute.		Ridefinizione del processo
2	Predisposizione di adeguati strumenti di informazione interna ed esterna e 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
3	Restyling dei supporti di comunicazione (targhe, ..) con utilizzo del nuovo logo e nuova grafica		SI/NO
4	Miglioramento della comunicazione interna (intranet,...)		SI/NO
5	Piano della Comunicazione istituzionale		Predisposizione atto
6	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)



2015		16 - UFFICI DI STAFF ALLA DIREZIONE - ASL FG Foggia	
Centro di Responsabilità		S.S. UVAR	
		OBIETTIVI QUANTITATIVI	Indicatori
1	appropriatezza cartella clinica/congruità sdo (assistenza ospedaliera privata) R.O. - DH/DS		numero sdo verificate/numero sdo pervenute (100%)
2	appropriatezza cartella clinica/congruità sdo (assistenza ospedaliera diretta) R.O. - DH/DS		numero sdo verificate/numero sdo pervenute (20%)
3	appropriatezza cartella clinica/congruità sdo (assistenza ospedaliera riabilitativa post-acuzie privata) RIAB. COD. 56 (*)		numero sdo verificate/numero sdo pervenute (20%)
4	Riabilitazione ex art.26 L.833/1978: appropriatezza prescrittiva		Riabilitazione ex art.26 L.833/1978: appropriatezza prescrittiva
5	Riabilitazione ex art.25 L.833/1978: appropriatezza prescrittiva		numero prescrizione/totale prescrizioni (__%)
6	elaborazione report anomalie riscontrate		presentazione report trimestrale (n° 4 relazioni anno)
7	Rispetto del vincolo di budget assegnato al fine di ridurre il ricorso al lavoro straordinario		Spesa sostenuta per straordinario / Budget assegnato per straordinario
		OBIETTIVI QUALITATIVI	Indicatori
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 trasmettersi entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso informativo secondo lo scadenario approvato annualmente dalla G.R. e pubblicato sul sito aziendale
2	Formazione operatori ASL addetti alla compilazione della SDO		Almeno due corsi per anno



2015		16 - UFFICI DI STAFF ALLA DIREZIONE - ASL FG Foggia	
Centro di Responsabilità		S.S. ALPI	
		OBIETTIVI QUANTITATIVI	Indicatori
1	Adozione di un sistema di monitoraggio delle prestazioni in ALPI		Sistema di monitoraggio - SI/NO
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
3	Attivazione di contabilità separata per l'ALPI		Contabilità separata (da allegare al Bilancio Annuale) - SI/NO
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.		Tariffario delle prestazioni in ALPI (da adottare con delibera del DG) - SI/NO
5	Supporto tecnico alle Aziende e agli Enti del SSR per la pubblicazione dei tempi di attesa ai sensi del d.lgs. 33/2013		almeno 10 incontri sull'argomento con relativi verbali e/o invio formale di note
6	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
7	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
8	Equilibrio tra costi e ricavi		relazione trimestrale entro il 30 del mese successivo alla chiusura del trimestre.
9	Verificare le agende di libera professione al fine di accertare che il prezzo delle prestazioni sia sempre superiore a quello istituzionale		SI/NO
10	Monitoraggio dell'utilizzo delle classi di priorità da parte dei medici prescrittori		Report trimestrali
		OBIETTIVI QUALITATIVI	Indicatori
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 trasmettersi entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso informativo secondo lo scadenario approvato annualmente dalla G.R. e pubblicato sul sito aziendale
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
3	Modifica del Regolamento di libera professione		Produzione atto