



**Azienda  
Sanitaria Locale FG**  
Provincia  
di Foggia

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

**Direttore Generale**  
dott. Vito Piazzolla

## Il Programma annuale delle attività rimodulato

### “Obiettivi di equipe” 2020

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

2020 CdR	1 - SERVIZI OSPEDALIERI - ASL FG - Foggia LABORATORIO ANALISI - OBIETTIVI QUALI/QUANTITATIVI	peso
1	Appropriatezza prescrittiva delle richieste da parte della Medicina e chirurgia d'urgenza ed accettazione <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Linee guida condivise con la Medicina e chirurgia d'urgenza ed accettazione e presentazione verbale	10
2	Riduzione tempi di esecuzione , refertazione e consegna degli esami esterni. <i>Indicatore/risultato atteso :</i> Consegna entro 4 gg esclusi esami microbiologici.	5
3	Diffusione ed utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> % del numero di referti di laboratorio conferiti al FSE rispetto al totale prodotto > 90%.	10
4	Unificare le codifiche (codici delle prestazioni) dei Laboratori in base al Tariffario Nazionale. <i>Indicatore/risultato atteso :</i> SI / NO riscontro con il controllo di gestione e GPI.	10
5	Concorrere al pieno funzionamento dell'applicativo One Care, per quanto di competenza, per l'effettivo funzionamento delle singole componenti del nuovo sistema (trasmissione informatica dei referti di laboratorio alle varie UU.OO.). <i>Indicatore/risultato atteso:</i> referti trasmessi alle UU.OO. ≥ 90%.	10
6	Rilevazione della qualità percepita: somministrazione del questionario di gradimento secondo il protocollo elaborato dall'URP. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Ritiro di una % minima (10%) di questionari somministrati.	5
7	Monitoraggio dell'attuazione della rete dei laboratori secondo le direttive delle DGR985/2017. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Report trimestrale sull'attuazione.	5
8	Esecuzione esami serologici Covid-19 per il personale dipendente Asl e Sanitaservice <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Relazione con l'indicazione del numero di esami	10
9	Piano delle vaccinazioni antiinfluenzale <i>Indicatore/risultato atteso:</i> N° dipendenti vaccinati/ N° dipendenti	10
10	Formazione ai dipendenti sul corretto uso dei DPI nelle prevenzione dell'esposizione da Covid-19 ed attuazione di comportamenti volti a contenere il contagio <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Relazione con l'indicazione delle giornate di formazione	10
11	Collaborazione intra-dipartimentale e inter-dipartimentale di tutte le strutture afferenti al dipartimento anche attraverso la condivisione di risorse umane e tecnologiche <i>Indicatore/risultato atteso :</i> Relazione del Direttore di dipartimento	15

II RAGGIUNGIMENTO DI TUTTI GLI OBIETTIVI RIGUARDA L'INTERA EQUIPE

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

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

IL DIRETTORE DI STRUTTURA

II DIRETTORE GENERALE

CdR	LABORATORIO ANALISI SAN SEVERO - OBIETTIVI QUALI/QUANTITATIVI	peso
1	<p>Appropriatezza prescrittiva delle richieste da parte della Medicina e chirurgia d'urgenza ed accettazione</p> <p><i>Indicatore/risultato atteso:</i> Linee guida condivise con la Medicina e chirurgia d'urgenza ed accettazione e presentazione verbale</p>	10
2	<p>Riduzione tempi di esecuzione , refertazione e consegna degli esami esterni.</p> <p><i>Indicatore/risultato atteso :</i> Consegna entro 4 gg esclusi esami microbiologici.</p>	5
3	<p>Potenziamento dello screening colon-retto</p> <p><i>Indicatore/risultato atteso :</i> Lettura dei test pervenuti =100%</p>	5
4	<p>Diffusione ed utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico.</p> <p><i>Indicatore/risultato atteso:</i> % del numero di referti di laboratorio conferiti al FSE rispetto al totale prodotto &gt; 90%.</p>	5
5	<p>Unificare le codifiche (codici delle prestazioni) dei Laboratori in base al Tariffario Nazionale.</p> <p><i>Indicatore/risultato atteso :</i> SI / NO riscontro con il controllo di gestione e GPI.</p>	10
6	<p>Concorrere al pieno funzionamento dell'applicativo One Care, per quanto di competenza, per l'effettivo funzionamento delle singole componenti del nuovo sistema (trasmissione informatica dei referti di laboratorio alle varie UU.OO.).</p> <p><i>Indicatore/risultato atteso:</i> referti trasmessi alle UU.OO. ≥ 90%.</p>	10
7	<p>Rilevazione della qualità percepita: somministrazione del questionario di gradimento secondo il protocollo elaborato dall'URP.</p> <p><i>Indicatore/risultato atteso:</i> Ritiro di una % minima (10%) di questionari somministrati.</p>	5
8	<p>Monitoraggio dell'attuazione della rete dei laboratori secondo le direttive delle DGR985/2017.</p> <p><i>Indicatore/risultato atteso:</i> Report trimestrale sull'attuazione.</p>	5
9	<p>Esecuzione esami serologici Covid-19 per il personale dipendente Asl e Sanitaservice</p> <p><i>Indicatore/risultato atteso:</i> Relazione con l'indicazione del numero di esami</p>	10
10	<p>Piano delle vaccinazioni antiinfluenzale</p> <p><i>Indicatore/risultato atteso:</i> N° dipendenti vaccinati/ N° dipendenti</p>	10
11	<p>Formazione ai dipendenti sul corretto uso dei DPI nelle prevenzione dell'esposizione da Covid-19 ed attuazione di comportamenti</p> <p><i>Indicatore/risultato atteso:</i> Relazione con l'indicazione delle giornate di formazione</p>	10
12	<p>Collaborazione intra-dipartimentale e inter-dipartimentale di tutte le strutture afferenti al dipartimento anche attraverso la</p> <p><i>Indicatore/risultato atteso :</i> Relazione del Direttore di dipartimento</p>	15

Il RAGGIUNGIMENTO DI TUTTI GLI OBIETTIVI RIGUARDA L'INTERA EQUIPE

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

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

IL DIRETTORE DI STRUTTURA

IL DIRETTORE GENERALE

CdR	CENTRO TRASFUSIONALE - OBIETTIVI QUALI/QUANTITATIVI	peso
1	Garantire l'autosufficienza di emocomponenti ed emoderivati nei PP.OO. Assegnati.	10
2	Stipulare accordo/convenzioni con le Case di Cura private finalizzati alla cessione di emocomponenti. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Almeno n. 1 convenzione/accordo.	10
3	Rispetto della normativa vigente, degli standard e delle disposizioni regionali in materia di Sanità elettronica ed alimentazione dei <i>Indicatore/risultato atteso:</i> i dati e le informazioni dovranno essere trasmessi entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso informativo secondo le indicazioni e i termini previste dalla Deliberazione di G.R.	5
4	Contribuire al miglioramento della pratica trasfusionale mediante la verifica costante dell'appropriatezza delle richieste di sangue ed emocomponenti da parte delle UU.OO. di degenza. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Valutazione dell'appropriatezza delle richieste-Relazione	10
5	Attività di promozione alla donazione di sangue e di tutela della salute. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> effettuare almeno n° 3 incontri con le scuole medie superiori ed inferiori e n° 3 seminari e conferenze.	5
6	Mantenimento dell'Accreditamento dei CT. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> SI/NO.	10
7	Rilevazione della qualità percepita: somministrazione del questionario di gradimento secondo il protocollo elaborato dall'URP. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Ritiro di una % minima (10%) di questionari somministrati.	5
8	Gestione del paziente anemico <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Relazione	10
9	Piano delle vaccinazioni antiinfluenzale <i>Indicatore/risultato atteso:</i> N° dipendenti vaccinati/ N° dipendenti	10
10	Formazione ai dipendenti sul corretto uso dei DPI nelle prevenzione dell'esposizione da Covid-19 ed attuazione di comportamenti volti a contenere il contagio <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Relazione con l'indicazione delle giornate di formazione	10
11	Collaborazione intra-dipartimentale e inter-dipartimentale di tutte le strutture afferenti al dipartimento anche attraverso la condivisione di risorse umane e tecnologiche <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Relazione del Direttore di dipartimento	15

IL RAGGIUNGIMENTO DI TUTTI GLI OBIETTIVI RIGUARDA L'INTERA EQUIPE

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

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

IL DIRETTORE DI STRUTTURA

IL DIRETTORE GENERALE

CdR	RADIODIAGNOSTICA - OBIETTIVI QUALI/QUANTITATIVI	peso
1	Attivazione agende secondo quanto previsto nel Piano Nazionale di Governo delle Liste di attesa <i>Indicatore/risultato atteso</i> : Si/No	5
2	Consegna referti per prestazioni interne entro 48 h e per esterni entro 10gg <i>Indicatore/risultato atteso:Relazione</i>	10
3	Concorrere al pieno funzionamento dell'applicativo One Care, per quanto di competenza, per l'effettivo funzionamento delle singole <i>Indicatore/risultato atteso</i> : Integrazione RIS con applicativo One Care e CUP	5
4	Mantenimento degli standard minimi per lo screening mammografico <i>Indicatore/risultato atteso</i> : Relazione con l'indicazione di n° mammografie	10
5	Rispetto del Budget assegnato annualmente sullo straordinario. Monitoraggio continuo ed analisi trimestrale sullo stato di avanzamento e sulle cause di scostamento del budget assegnato nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget prestazione, previo invio di report semestrali di monitoraggio della spesa da parte dell'Area del Personale. <i>Indicatore</i> : Spesa sostenuta = budget assegnato. Relazione finale sullo stato di avanzamento del Budget e sulle cause degli eventuali scostamenti nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget.	5
6	Rispetto della normativa vigente, degli standard e delle disposizioni regionali in materia di Sanità elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali e aziendali <i>Indicatore/risultato atteso</i> : i dati e le informazioni dovranno essere trasmessi entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso informativo secondo le indicazioni e i termini previste dalla Deliberazione di G.R.	5
7	Referto radiologico definito e standardizzato <i>Indicatore/risultato atteso</i> : Referto radiologico con almeno le seguenti informazioni: anagrafica; quesito clinico e dati anamnestici;	5
8	Diffusione ed utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico <i>Indicatore/risultato atteso</i> : Attivazione della integrazione con il sistema regionale	5
9	Rilevazione della qualità percepita: somministrazione del questionario di gradimento secondo il protocollo elaborato dall'URP. <i>Indicatore/risultato atteso</i> : Ritiro di una % minima (10%) di questionari somministrati	5
10	Gestione e follow -up dei pazienti Covid-+19 positivi e negativizzati <i>Indicatore/risultato atteso</i> : Relazione	10
11	Piano delle vaccinazioni antiinfluenzale <i>Indicatore/risultato atteso</i> : N° dipendenti vaccinati/ N° dipendenti	10
12	Formazione ai dipendenti sul corretto uso dei DPI nella prevenzione dell'esposizione da Covid-19 ed attuazione di comportamenti volti a contenere il contagio <i>Indicatore/risultato atteso</i> : Relazione con l'indicazione delle giornate di formazione	10
13	Collaborazione intra-dipartimentale e inter-dipartimentale di tutte le strutture afferenti al dipartimento anche attraverso la condivisione di risorse umane e tecnologiche <i>Indicatore/risultato atteso</i> : Relazione del Direttore di dipartimento	15

IL RAGGIUNGIMENTO DI TUTTI GLI OBIETTIVI RIGUARDA L'INTERA EQUIPE

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

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

IL DIRETTORE DI STRUTTURA

IL DIRETTORE GENERALE

CdR	MED. E CHIR. D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA - OBIETTIVI QUALI/QUANTITATIVI	PESO
1	Concorrere al pieno funzionamento dell'applicativo One Care, per quanto di competenza, per l'effettivo funzionamento delle singole componenti del nuovo sistema ed in particolar modo per le richieste di cosulenze interne <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Relazione	5
2	Miglioramento sull'appropriatezza delle richieste diagnostiche. Diminuzione della spesa sui farmaci e presidi. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Incidenza % costo esami < anno precedente (10%)	10
3	Miglioramento attività di "filtro" del reparto. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> tasso di ricovero < 20% (laddove non in linea con valori standard)	5
4	Analisi degli accessi classificati sinteticamente con gli esiti <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Report trimestrale	5
5	Abbandoni da Pronto Soccorso <i>Indicatore/risultato atteso:</i> <i>Miglioramento performance 2019 (laddove non in linea con valori standard)</i>	10
6	% di accessi in Pronto Soccorso con codice giallo visitati entro 30 min <i>Indicatore/risultato atteso:</i> <i>Miglioramento performance 2019 (laddove non in linea con valori standard)</i>	10
7	Applicazione di un protocollo condiviso sulla gestione del dolore toracico (MCAU-Cardiologia) per contribuire alla riduzione della mortalità a 30 gg. dopo IMA. <i>Indicatore:</i> % pazienti con dolore toracico trattati secondo le procedure previste nel protocollo	10
8	Rispetto della normativa vigente, degli standard e delle disposizioni regionali in materia di Sanità elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali e aziendali. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> i dati e le informazioni dovranno essere trasmessi entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso informativo secondo le indicazioni e i termini previste dalla Deliberazione di G.R. n.	5
9	Integrazione con il 118 e con i DSS di appartenenza coordinata dal Direttore del Dip. Di Emergenza-Urgenza <i>Indicatore/risultato atteso:</i> N° 2 incontri annui (uno con il 118 e uno con il DSS di riferimento) da verbalizzare .	10
10	Rilevazione della qualità percepita: somministrazione del questionario di gradimento secondo il protocollo elaborato dall 'URP. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Ritiro di una % minima (10%) di questionari somministrati	10
11	Piano delle vaccinazioni antiinfluenzale <i>Indicatore/risultato atteso:</i> N° dipendenti vaccinati/ N° dipendenti	10
12	Formazione ai dipendenti sul corretto uso dei DPI nelle prevenzione dell'esposizione da Covid-19 ed attuazione di comportamenti volti a contenere il contagio <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Relazione con l'indicazione delle giornate di formazione	10

IL RAGGIUNGIMENTO DI TUTTI GLI OBIETTIVI RIGUARDA L'INTERA EQUIPE  
IL DIRIGENTE RESPONSABILE SI IMPEGNA A COMUNICARE E DISCUTERE GLI OBIETTIVI CON L'INTERA EQUIPE (DIRIGENZA E COMPARTO)  
GLI OBIETTIVI DELL'ANNO 2018 POTREBBERO ESSERE RIMODULATI NEL CORSO DELL'ANNO QUALORA INTERVENGANO VARIAZIONI NORMATIVE E/O ASSEGNAZIONE DI OBIETTIVI REGIONALI

IL DIRETTORE DI STRUTTURA

IL DIRETTORE GENERALE

CdR	CARDIOLOGIA - U.T.I.C. San Severo OBIETTIVI QUALI/QUANTITATIVI	PESO
1	Attivazione agende secondo quanto previsto nel Piano Nazionale di Governo delle Liste di attesa <i>Indicatore/risultato atteso:</i> SI/NO	5
2	Adesione all'impiego dei farmaci vincitori di gara/accordo quadro regionale nei pazienti di nuova diagnosi e rivalutazione dei trattamenti in corso. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> 1) Pazienti Naive 95%;2) Trattamenti in corso 55%	10
3	Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> 1) % Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi $\geq 95\%$ ; 2) Proposte di pagamenti $\geq 95\%$	10
4	Incremento della distribuzione diretta del primo ciclo terapeutico a seguito di dimissione ospedaliera o visita ambulatoriale. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> > 80% dei pazienti in dimissione con erogazione di primo ciclo di terapia.	5
5	Predisposizione ricette dematerializzate. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> > 90% rispetto ai dimessi dal reparto/ambulatorio.	5
6	Rispetto della normativa vigente in materia di Sanità elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali e aziendali mediante chiusura delle SDO entro le scadenze previste dalla Regione. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> trasmissione dei dati richiesti entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso - n. SDO chiuse entro 5gg. dalla dimissione e dopo ulteriori 20gg. se in attesa di esame istologico almeno 90%.	5
7	Redazione della lettera di dimissione informatizzata ai fini dell'alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> % del n. di lettere di dimissione conferite al FSE rispetto al totale prodotto > 90%.	10
8	Concorrere al pieno funzionamento dell'applicativo One Care, per quanto di competenza, per l'effettivo funzionamento delle singole componenti del nuovo sistema ed in particolar modo per le richieste di cosulenze interne <i>Indicatore:</i> Superamento del rendiconto trimestrale ottenuto con rilevazioni fuori sistema.	10
9	Rilevazione della qualità percepita: somministrazione del questionario di gradimento secondo il protocollo elaborato dall 'URP. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> a) Ritiro di una % minima (10%) di questionari somministrati e compilati sul numero di ricoveri; b) miglioramento performance rispetto all'anno 2019 della % di dimissioni volontarie	5
10	Piano delle vaccinazioni antiinfluenzale <i>Indicatore/risultato atteso:</i> N° dipendenti vaccinati/ N° dipendenti	10
11	Formazione ai dipendenti sul corretto uso dei DPI nelle prevenzione dell'esposizione da Covid-19 ed attuazione di comportamenti volti a contenere il contagio <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Relazione con l'indicazione delle giornate di formazione	10
12	Collaborazione intra-dipartimentale e inter-dipartimentale di tutte le strutture afferenti al dipartimento anche attraverso la condivisione di risorse umane e tecnologiche <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Relazione del Direttore di dipartimento	15

IL RAGGIUNGIMENTO DI TUTTI GLI OBIETTIVI RIGUARDA L'INTERA EQUIPE  
IL DIRIGENTE RESPONSABILE SI IMPEGNA A COMUNICARE E DISCUTERE GLI OBIETTIVI CON L'INTERA EQUIPE (DIRIGENZA E COMPARTO)  
GLI OBIETTIVI DELL'ANNO 2018 POTREBBERO ESSERE RIMODULATI NEL CORSO DELL'ANNO QUALORA INTERVENGANO VARIAZIONI NORMATIVE E/O ASSEGNAZIONE DI OBIETTIVI REGIONALI

IL DIRETTORE DI STRUTTURA

IL DIRETTORE GENERALE

CDR	CARDIOLOGIA - U.T.I.C. OBIETTIVI QUALI/QUANTITATIVI	PESO
1	Attivazione agende secondo quanto previsto nel Piano Nazionale di Governo delle Liste di attesa <i>Indicatore/risultato atteso:</i> SI/NO	5
2	Adesione all'impiego dei farmaci vincitori di gara/accordo quadro regionale nei pazienti di nuova diagnosi e rivalutazione dei trattamenti in corso. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> 1) Pazienti Naive 95%;2) Trattamenti in corso 55%	10
3	Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> 1) % Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi $\geq 95\%$ ;	10
4	Incremento della distribuzione diretta del primo ciclo terapeutico a seguito di dimissione ospedaliera o visita ambulatoriale. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> > 80% dei pazienti in dimissione con erogazione di primo ciclo di terapia.	5
5	Predisposizione ricette dematerializzate. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> > 90% rispetto ai dimessi dal reparto/ambulatorio.	5
6	Redazione della lettera di dimissione informatizzata ai fini dell'alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> % del n. di lettere di dimissione conferite al FSE rispetto al totale prodotto > 90%.	10
7	Rispetto della normativa vigente in materia di Sanità elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali e aziendali mediante chiusura delle <i>Indicatore/risultato atteso:</i> trasmissione dei dati richiesti entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso - n. SDO chiuse entro 5gg. dalla dimissione e dopo ulteriori 20gg. se in attesa di esame istologico almeno 90%.	5
8	Concorrere al pieno funzionamento dell'applicativo One Care, per quanto di competenza, per l'effettivo funzionamento delle singole componenti del Indicatore: Superamento del rendiconto trimestrale ottenuto con rilevazioni fuori sistema.	10
9	Rilevazione della qualità percepita: somministrazione del questionario di gradimento secondo il protocollo elaborato dall 'URP. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> a) Ritiro di una % minima (10%) di questionari somministrati e compilati sul numero di ricoveri; b) miglioramento performance rispetto all'anno 2019 della % di dimissioni volontarie	5
10	Piano delle vaccinazioni antiinfluenzale  Indicatore/risultato atteso: N° dipendenti vaccinati/ N° dipendenti	10
11	Formazione ai dipendenti sul corretto uso dei DPI nelle prevenzione dell'esposizione da Covid-19 ed attuazione di comportamenti volti a contenere il contagio <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Relazione con l'indicazione delle giornate di formazione	10
12	Collaborazione intra-dipartimentale e inter-dipartimentale di tutte le strutture afferenti al dipartimento anche attraverso la condivisione di risorse umane e tecnologiche <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Relazione del Direttore di dipartimento	15

IL RAGGIUNGIMENTO DI TUTTI GLI OBIETTIVI RIGUARDA L'INTERA EQUIPE

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

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

IL DIRETTORE DI STRUTTURA

## ANESTESIA E RIANIMAZIONE OBIETTIVI QUALI/QUANTITATIVI

PESO

1	Rispetto della normativa vigente in materia di Sanità elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali e aziendali mediante chiusura delle <i>Indicatore/risultato atteso:</i> trasmissione dei dati richiesti entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso - n. SDO chiuse entro 5gg. dalla dimissione e dopo ulteriori 20gg. se in attesa di esame istologico almeno 90%.	5
2	Concorrere al pieno funzionamento dell'applicativo One Care, per quanto di competenza, per l'effettivo funzionamento delle singole componenti del nuovo sistema ed in particolar modo per le richieste di cosulenze interne  <i>Indicatore:</i> Superamento del rendiconto trimestrale ottenuto con rilevazioni fuori sistema.	5
3	Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente <i>Indicatore/risultato atteso:</i>	15
4	Correttezza e completezza della cartella clinica/anestesiologica <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Numero cartelle conformi / numero cartelle controllate	10
5	Eliminare i casi in cui si rinvia l'intervento del paziente, ricoverato e già preparato, conseguenti alla valutazione specialistica complessiva delle <i>Indicatore/risultato atteso:</i> SI/NO	10
6	Attivazione, in collaborazione con l'U.O. di ostetricia e ginecologia del parto-analgesia e /o del protocollo Diagnostico terapeutico Assistenziale in Partoanalgesia <i>Indicatore/risultato atteso:</i> SI/NO	10
7	Collaborazione con strutture Covid-19 nelle gestione del paziente in area intensiva <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Relazione	10
8	Piano delle vaccinazioni antiinfluenzale <i>Indicatore/risultato atteso:</i> N° dipendenti vaccinati/ N° dipendenti	10
9	Formazione ai dipendenti sul corretto uso dei DPI nelle prevenzione dell'esposizione da Covid-19 ed attuazione di comportamenti volti a contenere il <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Relazione con l'indicazione delle giornate di formazione	10
10	Collaborazione intra-dipartimentale e inter-dipartimentale di tutte le strutture afferenti al dipartimento anche attraverso la condivisione di risorse <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Relazione del Direttore di dipartimento	15

IL RAGGIUNGIMENTO DI TUTTI GLI OBIETTIVI RIGUARDA L'INTERA EQUIPE

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

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

IL DIRETTORE DI STRUTTURA

IL DIRETTORE GENERALE

**2020****3 - MATERNITA' E INFANZIA - ASL FG Foggia**

CdR	GINECOLOGIA E OSTETRICIA OBIETTIVI QUALI/QUANTITATIVI	PESO
1	Riduzione dei parti con taglio cesareo. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Miglioramento performance 2019	5
2	Raggiungimento del target 1000 parti annui. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> n° parti annui.	5
3	Attivazione agende secondo quanto previsto nel Piano Nazionale di Governo delle Liste di attesa <i>Indicatore/risultato atteso:</i> SI/NO	5
4	Adesione all'impiego dei farmaci vincitori di gara/accordo quadro regionale nei pazienti di <i>Indicatore/risultato atteso:</i> 1) Pazienti Naive 95%;2) Trattamenti in corso 55%	5
5	Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> 1) % Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi $\geq 95\%$ ; 2) Proposte di pagamenti $\geq 95\%$	5
6	Incremento della distribuzione diretta del primo ciclo terapeutico a seguito di dimissione <i>Indicatore/risultato atteso:</i> > 80% dei pazienti in dimissione con erogazione di primo ciclo di terapia.	5
7	Predisposizione ricette dematerializzate. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> > 90% rispetto ai dimessi dal reparto/ambulatorio.	5
8	Riduzione della spesa di antibiotici ad ampio spettro di azioen o gravati da elevate resistenze ( penicilline associate a inibitori della betalattamasi, fluorochinoloni, cefalosprine e macrolidi) come rilevato dal flusso dei consumi ospedalieri <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Riduzione % delle DDD per posti letto	5
9	Screening cervice uterina <i>Indicatore/risultato atteso:</i> 100% lettura dei campioni biologici pervenuti	5

**2020****3 - MATERNITA' E INFANZIA - ASL FG Foggia**

<b>10</b>	Redazione della lettera di dimissione informatizzata ai fini dell'alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico. Indicatore/risultato atteso: % del n. di lettere di dimissione conferite al FSE rispetto al totale prodotto > 90%.	<b>5</b>
<b>11</b>	Rispetto della normativa vigente in materia di Sanità elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali e aziendali mediante chiusura delle SDO entro le scadenze previste dalla Regione. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> trasmissione dei dati richiesti entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso - n. SDO chiuse entro 20 gg. dalla dimissione e dopo ulteriori 5 gg. se in attesa di esame istologico almeno 90%.	<b>5</b>
<b>12</b>	Concorrere al pieno funzionamento dell'applicativo One Care, per quanto di competenza, per l'effettivo funzionamento delle singole componenti del nuovo sistema ed in particolar modo per le richieste di consulenze interne <i>Indicatore:</i> Superamento del rendiconto trimestrale ottenuto con rilevazioni fuori sistema.	<b>5</b>
<b>13</b>	Attivazione, in collaborazione con la U.O. di Anestesia e Rianimazione, del parto-analgesia e /o del protocollo Diagnostico terapeutico Assistenziale in Partoanalgesia <i>Indicatore/risultato atteso:</i> SI/NO.	<b>5</b>
<b>14</b>	Rilevazione della qualità percepita: somministrazione del questionario di gradimento secondo il protocollo elaborato dall'URP. Indicatore/risultato atteso: a) Ritiro di una % minima (10%) di questionari somministrati e compilati sul numero di ricoveri; b) miglioramento performance rispetto all'anno 2019 della % di dimissioni volontarie	<b>5</b>
<b>15</b>	Piano delle vaccinazioni antiinfluenzale Indicatore/risultato atteso: N° dipendenti vaccinati/ N° dipendenti	<b>5</b>
<b>16</b>	Formazione ai dipendenti sul corretto uso dei DPI nella prevenzione dell'esposizione da <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Relazione con l'indicazione delle giornate di formazione	<b>10</b>
<b>17</b>	Collaborazione intra-dipartimentale e inter-dipartimentale di tutte le strutture afferenti al dipartimento anche attraverso la condivisione di risorse umane e tecnologiche <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Relazione del Direttore di dipartimento	<b>15</b>

IL RAGGIUNGIMENTO DI TUTTI GLI OBIETTIVI RIGUARDA L'INTERA EQUIPE

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

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

IL DIRETTORE DI STRUTTURA

IL DIRETTORE GENERALE

PEDIATRIA OBIETTIVI QUALI/QUANTITATIVI		PESO
1	Attivazione agende secondo quanto previsto nel Piano Nazionale di Governo delle Liste di <i>Indicatore/risultato atteso:</i> SI/NO	5
2	Adesione all'impiego dei farmaci vincitori di gara/accordo quadro regionale nei pazienti di nuova diagnosi e rivalutazione dei trattamenti in corso. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> 1) Pazienti Naive 95%;2) Trattamenti in corso 55%	5
3	Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> 1) % Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi $\geq 95\%$ ; 2) Proposte di pagamenti $\geq 95\%$	10
4	Incremento della distribuzione diretta del primo ciclo terapeutico a seguito di dimissione <i>Indicatore/risultato atteso:</i> $> 80\%$ dei pazienti in dimissione con erogazione di primo ciclo di terapia.	5
5	Predisposizione ricette dematerializzate. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> $> 90\%$ rispetto ai dimessi dal reparto/ambulatorio.	5
6	Riduzione della spesa di antibiotici ad ampio spettro di azioen o gravati da elevate resistenze ( penicilline associate a inibitori della betalattamasi, <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Riduzione % delle DDD per posti letto	5
7	Equilibrio economico: Ricavi /Costi $\geq 90\%$ <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Il valore della produzione copre gli oneri direttamente gestibili quali: Costo personale, consumi di beni sanitari e non	5
8	Concorrere al pieno funzionamento dell'applicativo One Care, per quanto di competenza, per l'effettivo funzionamento delle singole componenti del <i>Indicatore:</i> Superamento del rendiconto trimestrale ottenuto con rilevazioni fuori sistema.	5

**2020****3 - MATERNITA' E INFANZIA - ASL FG Foggia**

<b>9</b>	Redazione della lettera di dimissione informatizzata ai fini dell'alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> % del n. di lettere di dimissione conferite al FSE rispetto al totale prodotto > 90%.	<b>5</b>
<b>10</b>	Rispetto della normativa vigente in materia di Sanità elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali e aziendali mediante chiusura delle SDO entro le scadenze previste dalla Regione. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> trasmissione dei dati richiesti entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso - n. SDO chiuse entro 5 gg. dalla	<b>5</b>
<b>11</b>	Definizione ed attuazione di un protocollo operativo per il trasporto protetto per le gravidanze a rischio ( STEN) nei tre centri HUB. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> SI/NO	<b>5</b>
<b>12</b>	Rilevazione della qualità percepita: somministrazione del questionario di gradimento secondo il protocollo elaborato dall 'URP. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> a) Ritiro di una % minima (10%) di questionari somministrati e compilati sul numero di ricoveri; b) miglioramento performance rispetto all'anno 2019 della % di dimissioni volontarie	<b>5</b>
<b>13</b>	Piano delle vaccinazioni antiinfluenzale <i>Indicatore/risultato atteso:</i> N° dipendenti vaccinati/ N° dipendenti	<b>10</b>
<b>14</b>	Formazione ai dipendenti sul corretto uso dei DPI nella prevenzione dell'esposizione da <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Relazione con l'indicazione delle giornate di formazione	<b>10</b>
<b>15</b>	Collaborazione intra-dipartimentale e inter-dipartimentale di tutte le strutture afferenti al <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Relazione del Direttore di dipartimento	<b>15</b>

IL RAGGIUNGIMENTO DI TUTTI GLI OBIETTIVI RIGUARDA L'INTERA EQUIPE

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

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

IL DIRETTORE DI STRUTTURA

IL DIRETTORE GENERALE

**2020**

CdR

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

<b>1</b>	Ottimizzazione del tasso operati/dimessi. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> 1) Tasso operati/dimessi > 70%. 2) Mantenimento registro dei pazienti in lista di attesa	<b>5</b>
<b>2</b>	Degenza media DRG chirurgici <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Mantenimento performance 2015	<b>5</b>
<b>3</b>	Qualità e quantità degli interventi in relazione alle sedute operatorie a disposizione <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Relazione con indicazione di n° e tipo di interventi	<b>5</b>
<b>4</b>	Colecistectomia laparoscopica. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> a) % ricoveri con degenza post-operatoria < 3 giorni	<b>5</b>
<b>5</b>	Attivazione agende secondo quanto previsto nel Piano Nazionale di Governo delle Liste di attesa <i>Indicatore/risultato atteso:</i> SI/NO	<b>5</b>
<b>6</b>	Adesione all'impiego dei farmaci vincitori di gara/accordo quadro regionale nei pazienti di nuova diagnosi e rivalutazione dei trattamenti in corso. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> 1) Pazienti Naive 95%; 2) Trattamenti in corso 55%	<b>5</b>
<b>7</b>	Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> 1) % Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi ≥95% ; 2) Proposte di pagamenti ≥95%	<b>5</b>
<b>8</b>	Incremento della distribuzione diretta del primo ciclo terapeutico a seguito di dimissione ospedaliera o visita ambulatoriale. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> > 80% dei pazienti in dimissione con erogazione di primo ciclo di terapia.	<b>5</b>

<b>9</b>	Predisposizione ricette dematerializzate. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> > 90% rispetto ai dimessi dal reparto/ambulatorio.	<b>5</b>
<b>10</b>	Riduzione della spesa di antibiotici ad ampio spettro di azione o gravati da elevate resistenze ( penicilline associate a inibitori della betalattamasi, fluorochinoloni, cefalosprine e macrolidi) come rilevato dal flusso dei consumi ospedalieri <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Riduzione % delle DDD per posti letto	<b>5</b>
<b>11</b>	Redazione della lettera di dimissione informatizzata ai fini dell'alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> % del n. di lettere di dimissione conferite al FSE rispetto al totale prodotto > 90%.	<b>5</b>
<b>12</b>	Concorrere al pieno funzionamento dell'applicativo One Care, per quanto di competenza, per l'effettivo funzionamento delle singole componenti del nuovo sistema ed in particolar modo per le richieste di consulenze interne <i>Indicatore:</i> Superamento del rendiconto trimestrale ottenuto con rilevazioni fuori sistema.	<b>5</b>
<b>13</b>	Rispetto della normativa vigente in materia di Sanità elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali e aziendali <i>Indicatore/risultato atteso:</i> trasmissione dei dati richiesti entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso - n. SDO chiuse entro 5 gg. dalla dimissione e dopo ulteriori 20 gg. se in attesa di esame istologico almeno 90%.	<b>5</b>
<b>14</b>	Rilevazione della qualità percepita: somministrazione del questionario di gradimento secondo il protocollo elaborato dall 'URP. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> a) Ritiro di una % minima (10%) di questionari somministrati e compilati sul numero di ricoveri; b) miglioramento performance rispetto all'anno 2019 della % di dimissioni volontarie	<b>5</b>
<b>15</b>	Formazione ai dipendenti sul corretto uso dei DPI nelle prevenzione dell'esposizione da Covid-19 ed attuazione di comportamenti volti a contenere il contagio <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Relazione con l'indicazione delle giornate di formazione	<b>10</b>
<b>16</b>	Piano delle vaccinazioni antiinfluenzale <i>Indicatore/risultato atteso:</i> N° dipendenti vaccinati/ N° dipendenti	<b>5</b>
<b>17</b>	Collaborazione intra-dipartimentale e inter-dipartimentale di tutte le strutture afferenti al dipartimento anche attraverso la condivisione di risorse umane e tecnologiche <i>Indicatore/risultato atteso:</i> <i>Relazione del Direttore di dipartimento</i>	<b>15</b>

IL RAGGIUNGIMENTO DI TUTTI GLI OBIETTIVI RIGUARDA L'INTERA EQUIPE

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

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

IL DIRETTORE DI STRUTTURA

IL DIRETTORE GENERALE

**ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA OBIETTIVI QUALI/QUANTITATIVI**
**PESO**

<b>1</b>	Ottimizzazione del tasso operati/dimessi, esclusivamente per i reparti in cui sono garantiti posti letto per ricoveri ordinari. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> 1) Tasso operati/dimessi > 70%. 2) Istituzione registro dei pazienti in lista di attesa	<b>10</b>
<b>2</b>	Degenza media DRG chirurgici <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Mantenimento performance 2015	<b>5</b>
<b>3</b>	Attivazione agende secondo quanto previsto nel Piano Nazionale di Governo delle Liste di attesa <i>Indicatore/risultato atteso:</i> SI/NO	<b>5</b>
<b>4</b>	Adesione all'impiego dei farmaci vincitori di gara/accordo quadro regionale nei pazienti di nuova diagnosi e rivalutazione dei <i>Indicatore/risultato atteso:</i> 1) Pazienti Naive 95%;2) Trattamenti in corso 55%	<b>5</b>
<b>5</b>	Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> 1) % Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi $\geq 95\%$ ; 2) Proposte di pagamenti $\geq 95\%$	<b>5</b>
<b>6</b>	Incremento della distribuzione diretta del primo ciclo terapeutico a seguito di dimissione ospedaliera o visita ambulatoriale. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> > 80% dei pazienti in dimissione con erogazione di primo ciclo di terapia.	<b>5</b>
<b>7</b>	Predisposizione ricette dematerializzate. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> > 90% rispetto ai dimessi dal reparto/ambulatorio.	<b>5</b>
<b>8</b>	Riduzione della spesa di antibiotici ad ampio spettro di azione o gravati da elevate resistenze ( penicilline associate a inibitori della betalattamasi, fluorochinoloni, cefalosprine e macrolidi) come rilevato dal flusso dei consumi ospedalieri <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Riduzione % delle DDD per posti letto	<b>10</b>

<b>9</b>	Redazione della lettera di dimissione informatizzata ai fini dell'alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico. Indicatore/risultato atteso:% del n. di lettere di dimissione conferite al FSE rispetto al totale prodotto > 90%.	<b>5</b>
<b>10</b>	Concorrere al pieno funzionamento dell'applicativo One Care, per quanto di competenza, per l'effettivo funzionamento delle singole componenti del nuovo sistema ed in particolar modo per le richieste di consulenze interne <i>Indicatore:</i> Superamento del rendiconto trimestrale ottenuto con rilevazioni fuori sistema.	<b>5</b>
<b>11</b>	Rispetto della normativa vigente in materia di Sanità elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali e aziendali mediante chiusura delle SDO entro le scadenze previste dalla Regione. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> trasmissione dei dati richiesti entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso - n. SDO chiuse entro 5 gg. dalla dimissione e dopo ulteriori 20gg. se in attesa di esame istologico almeno 90%	<b>5</b>
<b>12</b>	Rilevazione della qualità percepita: somministrazione del questionario di gradimento secondo il protocollo elaborato dall 'URP. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> a) Ritiro di una % minima (10%) di questionari somministrati e compilati sul numero di ricoveri; b) miglioramento performance rispetto all'anno 2019 della % di dimissioni volontarie	<b>5</b>
<b>13</b>	Formazione ai dipendenti sul corretto uso dei DPI nelle prevenzione dell'esposizione da Covid-19 ed attuazione di comportamenti <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Relazione con l'indicazione delle giornate di formazione	<b>10</b>
<b>14</b>	Piano delle vaccinazioni antiinfluenzale <i>Indicatore/risultato atteso:</i> N° dipendenti vaccinati/ N° dipendenti	<b>5</b>
<b>15</b>	Collaborazione intra-dipartimentale e inter-dipartimentale di tutte le strutture afferenti al dipartimento anche attraverso la condivisione di risorse umane e tecnologiche <i>Indicatore/risultato atteso: Relazione del Direttore di dipartimento</i>	<b>15</b>

IL RAGGIUNGIMENTO DI TUTTI GLI OBIETTIVI RIGUARDA L'INTERA EQUIPE

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

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

IL DIRETTORE DI STRUTTURA

IL DIRETTORE GENERALE

CdR	P.O. CERIGNOLA - OFTALMOLOGIA OBIETTIVI QUALI/QUANTITATIVI	PESO
1	Attivazione agende secondo quanto previsto nel Piano Nazionale di Governo delle Liste di attesa <i>Indicatore/risultato atteso: SI/NO</i>	5
2	Adesione all'impiego dei farmaci vincitori di gara/accordo quadro regionale nei pazienti di nuova diagnosi e rivalutazione dei trattamenti in corso. <i>Indicatore/risultato atteso: 1) Pazienti Naive 95%;2) Trattamenti in corso 55%</i>	10
3	Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA. <i>Indicatore/risultato atteso: 1) % Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi <math>\geq 95\%</math> ; 2) Proposte di pagamenti <math>\geq 95\%</math></i>	10
4	Incremento della distribuzione diretta del primo ciclo terapeutico a seguito di dimissione ospedaliera o visita ambulatoriale. <i>Indicatore/risultato atteso: &gt; 80% dei pazienti in dimissione con erogazione di primo ciclo di terapia.</i>	10
5	Predisposizione ricette dematerializzate. <i>Indicatore/risultato atteso: &gt; 90% rispetto ai dimessi dal reparto/ambulatorio.</i>	5
6	Riduzione della spesa di antibiotici ad ampio spettro di azione o gravati da elevate resistenze ( penicilline associate a inibitori <i>Indicatore/risultato atteso :Riduzione % delle DDD per posti letto</i>	5
7	Redazione della lettera di dimissione informatizzata ai fini dell'alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico. <i>Indicatore/risultato atteso:% del n. di lettere di dimissione conferite al FSE rispetto al totale prodotto &gt; 90%.</i>	5

<b>8</b>	Concorrere al pieno funzionamento dell'applicativo One Care, per quanto di competenza, per l'effettivo funzionamento delle singole componenti del nuovo sistema ed in particolar modo per le richieste di consulenze interne <i>Indicatore:</i> Superamento del rendiconto trimestrale ottenuto con rilevazioni fuori sistema.	<b>5</b>
<b>9</b>	Rispetto della normativa vigente in materia di Sanità elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali e aziendali mediante chiusura delle SDO entro le scadenze previste dalla Regione. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> trasmissione dei dati richiesti entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso - n. SDO	<b>5</b>
<b>10</b>	Rilevazione della qualità percepita: somministrazione del questionario di gradimento secondo il protocollo elaborato dall 'URP. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> a) Ritiro di una % minima (10%) di questionari somministrati e compilati sul numero di ricoveri; b) miglioramento performance rispetto all'anno 2019 della % di dimissioni volontarie	<b>5</b>
<b>11</b>	Formazione ai dipendenti sul corretto uso dei DPI nelle prevenzione dell'esposizione da Covid-19 ed attuazione di comportamenti <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Relazione con l'indicazione delle giornate di formazione	<b>10</b>
<b>12</b>	Piano delle vaccinazioni antiinfluenzale <i>Indicatore/risultato atteso:</i> N° dipendenti vaccinati/ N° dipendenti	<b>10</b>
<b>13</b>	Collaborazione intra-dipartimentale e inter-dipartimentale di tutte le strutture afferenti al dipartimento anche attraverso la condivisione di risorse umane e tecnologiche <i>Indicatore/risultato atteso:</i> <i>Relazione del Direttore di dipartimento</i>	<b>15</b>

IL RAGGIUNGIMENTO DI TUTTI GLI OBIETTIVI RIGUARDA L'INTERA EQUIPE

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

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

IL DIRETTORE DI STRUTTURA

IL DIRETTORE GENERALE

CdR	P.O. CERIGNOLA - UROLOGIA OBIETTIVI QUALI/QUANTITATIVI	PESO
1	Ottimizzazione del tasso operati/dimessi, esclusivamente per i reparti in cui sono garantiti posti letto per ricoveri ordinari. Indicatore/risultato atteso: 1) Tasso operati/dimessi > 70%. 2) Istituzione registro dei pazienti in lista di attesa	5
2	Degenza media DRG chirurgici Indicatore/risultato atteso: Mantenimento performance 2015	5
3	Attivazione agende secondo quanto previsto nel Piano Nazionale di Governo delle Liste di attesa Indicatore/risultato atteso: SI/NO	5
4	Adesione all'impiego dei farmaci vincitori di gara/accordo quadro regionale nei pazienti di nuova diagnosi e rivalutazione dei trattamenti in corso. Indicatore/risultato atteso: 1) Pazienti Naive 95%;2) Trattamenti in corso 55%	5
5	Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA. Indicatore/risultato atteso: 1) % Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi ≥95%; 2) Proposte di pagamenti ≥95%	5
6	Incremento della distribuzione diretta del primo ciclo terapeutico a seguito di dimissione ospedaliera o visita ambulatoriale. Indicatore/risultato atteso: > 80% dei pazienti in dimissione con erogazione di primo ciclo di terapia.	5
7	Predisposizione ricette dematerializzate. Indicatore/risultato atteso: > 90% rispetto ai dimessi dal reparto/ambulatorio.	5
8	Riduzione della spesa di antibiotici ad ampio spettro di azione o gravati da elevate resistenze ( penicilline associate a inibitori Indicatore/risultato atteso :Riduzione % delle DDD per posti letto	10
9	Redazione della lettera di dimissione informatizzata ai fini dell'alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico. Indicatore/risultato atteso:% del n. di lettere di dimissione conferite al FSE rispetto al totale prodotto > 90%.	5

<b>10</b>	Concorrere al pieno funzionamento dell'applicativo One Care, per quanto di competenza, per l'effettivo funzionamento delle <i>Indicatore:</i> Superamento del rendiconto trimestrale ottenuto con rilevazioni fuori sistema.	<b>5</b>
<b>11</b>	Rispetto della normativa vigente in materia di Sanità elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali e aziendali mediante chiusura delle SDO entro le scadenze previste dalla Regione. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> trasmissione dei dati richiesti entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso - n. SDO chiuse entro 5 gg. dalla dimissione e dopo ulteriori 20 gg. se in attesa di esame istologico almeno 90%	<b>5</b>
<b>12</b>	Rilevazione della qualità percepita: somministrazione del questionario di gradimento secondo il protocollo elaborato dall 'URP. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> a) Ritiro di una % minima (10%) di questionari somministrati e compilati sul numero di ricoveri; b) miglioramento performance rispetto all'anno 2019 della % di dimissioni volontarie	<b>5</b>
<b>13</b>	Formazione ai dipendenti sul corretto uso dei DPI nelle prevenzione dell'esposizione da Covid-19 ed attuazione di comportamenti <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Relazione con l'indicazione delle giornate di formazione	<b>10</b>
<b>14</b>	Piano delle vaccinazioni antiinfluenzale <i>Indicatore/risultato atteso:</i> N° dipendenti vaccinati/ N° dipendenti	<b>10</b>
<b>15</b>	Collaborazione intra-dipartimentale e inter-dipartimentale di tutte le strutture afferenti al dipartimento anche attraverso la <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Relazione del Direttore di dipartimento	<b>15</b>

IL RAGGIUNGIMENTO DI TUTTI GLI OBIETTIVI RIGUARDA L'INTERA EQUIPE

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

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

IL DIRETTORE DI STRUTTURA

IL DIRETTORE GENERALE

1	Ottimizzazione del tasso operati/dimessi. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> 1) Tasso operati/dimessi > 70%.	5
2	Degenza media DRG chirurgici <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Mantenimento performance 2015	5
3	Attivazione agende secondo quanto previsto nel Piano Nazionale di Governo delle Liste di attesa <i>Indicatore/risultato atteso:</i> SI/NO	5
4	Adesione all'impiego dei farmaci vincitori di gara/accordo quadro regionale nei pazienti di nuova diagnosi e rivalutazione dei trattamenti in corso. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> 1) Pazienti Naive 95%;2) Trattamenti in corso 55%	5
5	Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> 1) % Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6	5
6	Incremento della distribuzione diretta del primo ciclo terapeutico a seguito di dimissione ospedaliera o visita ambulatoriale. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> > 80% dei pazienti in dimissione con erogazione di primo ciclo di terapia.	5
7	Predisposizione ricette dematerializzate. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> > 90% rispetto ai dimessi dal reparto/ambulatorio.	5
8	Riduzione della spesa di antibiotici ad ampio spettro di azione o gravati da elevate resistenze ( penicilline associate a inibitori <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Riduzione % delle DDD per posti letto	10

<b>9</b>	Redazione della lettera di dimissione informatizzata ai fini dell'alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> % del n. di lettere di dimissione conferite al FSE rispetto al totale prodotto > 90%.	<b>5</b>
<b>10</b>	Concorrere al pieno funzionamento dell'applicativo One Care, per quanto di competenza, per l'effettivo funzionamento delle <i>Indicatore:</i> Superamento del rendiconto trimestrale ottenuto con rilevazioni fuori sistema.	<b>5</b>
<b>11</b>	Rispetto della normativa vigente in materia di Sanità elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali e aziendali mediante chiusura delle SDO entro le scadenze previste dalla Regione. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> trasmissione dei dati richiesti entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso - n. SDO chiuse entro 5 gg. dalla dimissione e dopo ulteriori 20 gg. se in attesa di esame istologico almeno 90%	<b>5</b>
<b>12</b>	Rilevazione della qualità percepita: somministrazione del questionario di gradimento secondo il protocollo elaborato dall 'URP. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> a) Ritiro di una % minima (10%) di questionari somministrati e compilati sul numero di ricoveri; b) miglioramento performance rispetto all'anno 2019 della % di dimissioni volontarie	<b>5</b>
<b>13</b>	Formazione ai dipendenti sul corretto uso dei DPI nelle prevenzione dell'esposizione da Covid-19 ed attuazione di comportamenti <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Relazione con l'indicazione delle giornate di formazione	<b>10</b>
<b>14</b>	Piano delle vaccinazioni antiinfluenzale <i>Indicatore/risultato atteso:</i> N° dipendenti vaccinati/ N° dipendenti	<b>10</b>
<b>15</b>	Collaborazione intra-dipartimentale e inter-dipartimentale di tutte le strutture afferenti al dipartimento anche attraverso la <i>Indicatore/risultato atteso:</i> <i>Relazione del Direttore di dipartimento</i>	<b>15</b>

IL RAGGIUNGIMENTO DI TUTTI GLI OBIETTIVI RIGUARDA L'INTERA EQUIPE

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

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

IL DIRETTORE DI STRUTTURA

IL DIRETTORE GENERALE

**2020****5 - AREA MEDICA - ASL FG Foggia**

CdR

**MEDICINA INTERNA - OBIETTIVI QUALI/QUANTITATIVI****PESO**

<b>1</b>	Attivazione agende secondo quanto previsto nel Piano Nazionale di Governo delle Liste di attesa <i>Indicatore/risultato atteso:</i> SI/NO	<b>5</b>
<b>2</b>	Adesione all'impiego dei farmaci vincitori di gara/accordo quadro regionale nei pazienti di nuova diagnosi <i>Indicatore/risultato atteso:</i> 1) Pazienti Naive 95%;2) Trattamenti in corso 55%	<b>10</b>
<b>3</b>	Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> 1) % Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi $\geq 95\%$ ; 2) Proposte di pagamenti $\geq 95\%$	<b>5</b>
<b>4</b>	Incremento della distribuzione diretta del primo ciclo terapeutico a seguito di dimissione ospedaliera o <i>Indicatore/risultato atteso:</i> > 80% dei pazienti in dimissione con erogazione di primo ciclo di terapia.	<b>10</b>
<b>5</b>	Predisposizione ricette dematerializzate. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> > 90% rispetto ai dimessi dal reparto/ambulatorio.	<b>5</b>
<b>6</b>	Riduzione della spesa di antibiotici ad ampio spettro di azione o gravati da elevate resistenze ( penicilline associate a inibitori della betalattamasi. fluorochinoloni. cefalosprine e macrolidi) come rilevato dal flusso dei consumi ospedalieri <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Riduzione % delle DDD per posti letto	<b>10</b>
<b>7</b>	Redazione della lettera di dimissione informatizzata ai fini dell'alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> % del n. di lettere di dimissione conferite al FSE rispetto al totale prodotto > 90%.	<b>5</b>
<b>8</b>	Concorrere al pieno funzionamento dell'applicativo One Care, per quanto di competenza, per l'effettivo funzionamento delle singole componenti del nuovo sistema ed in particolar modo per le richieste di consulenze interne <i>Indicatore:</i> Superamento del rendiconto trimestrale ottenuto con rilevazioni fuori sistema.	<b>5</b>
<b>9</b>	Rispetto della normativa vigente in materia di Sanità elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali e aziendali mediante chiusura delle SDO entro le scadenze previste dalla Regione. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> trasmissione dei dati richiesti entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso - numero SDO chiuse entro 5gg. dalla dimissione e dopo ulteriori 20 gg. se in attesa di esame istologico almeno 90%.	<b>5</b>

10	Rilevazione della qualità percepita: somministrazione del questionario di gradimento secondo il protocollo elaborato dall 'URP. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> a) Ritiro di una % minima (10%) di questionari somministrati e compilati sul numero di ricoveri; b) miglioramento performance rispetto all'anno 2019 della % di dimissioni volontarie	5
11	Piano delle vaccinazioni antiinfluenzale <i>Indicatore/risultato atteso:</i> N° dipendenti vaccinati/ N° dipendenti	10
12	Formazione ai dipendenti sul corretto uso dei DPI nelle prevenzione dell'esposizione da Covid-19 ed <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Relazione con l'indicazione delle giornate di formazione	10
13	Collaborazione intra-dipartimentale e inter-dipartimentale di tutte le strutture afferenti al dipartimento anche attraverso la condivisione di risorse umane e tecnologiche <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Relazione del Direttore di dipartimento	15

IL RAGGIUNGIMENTO DI TUTTI GLI OBIETTIVI RIGUARDA L'INTERA EQUIPE

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

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

IL DIRETTORE DI STRUTTURA

IL DIRETTORE GENERALE

CdR	GASTROENTEROLOGIA - OBIETTIVI QUALI/QUANTITATIVI	PESO
1	Attivazione agende secondo quanto previsto nel Piano Nazionale di Governo delle Liste di attesa <i>Indicatore/risultato atteso:</i> SI/NO	10
2	Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> 1) % Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi =100% ; 2) Proposte di pagamenti ≥60%	10
3	Incremento della distribuzione diretta del primo ciclo terapeutico a seguito di dimissione ospedaliera o visita ambulatoriale. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> > 80% dei pazienti in dimissione con erogazione di primo ciclo di terapia.	5
4	Predisposizione ricette dematerializzate. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> > 90% rispetto ai dimessi dal reparto/ambulatorio.	10
5	Concorrere al pieno funzionamento dell'applicativo One Care, per quanto di competenza, per l'effettivo funzionamento delle singole <i>Indicatore:</i> Superamento del rendiconto trimestrale ottenuto con rilevazioni fuori sistema.	5
6	Rispetto della normativa vigente in materia di Sanità elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali e aziendali mediante <i>Indicatore/risultato atteso:</i> trasmissione dei dati richiesti entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso - numero SDO chiuse entro 5 gg. dalla dimissione e dopo ulteriori 20 gg. se in attesa di esame istologico almeno 90%.	5
7	Revisione della cartella clinica su un caso clinico di particolare rilevanza e problematicità nell'ottica dell'integrazione Ospedale Territorio. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Effettuare almeno 6 sedute di Medical Audit, registrando data, durata, elenco partecipanti e casi clinici discussi.	10

**2020****5 - AREA MEDICA - ASL FG Foggia**

<b>8</b>	Rilevazione della qualità percepita: somministrazione del questionario di gradimento secondo il protocollo elaborato dall 'URP. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> a) Ritiro di una % minima (10%) di questionari somministrati e compilati sul numero di ricoveri; b) miglioramento performance rispetto all'anno 2019 della % di dimissioni volontarie	<b>10</b>
<b>9</b>	Piano delle vaccinazioni antiinfluenzale <i>Indicatore/risultato atteso:</i> N° dipendenti vaccinati/ N° dipendenti	<b>10</b>
<b>10</b>	Formazione ai dipendenti sul corretto uso dei DPI nelle prevenzione dell'esposizione da Covid-19 ed <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Relazione con l'indicazione delle giornate di formazione	<b>10</b>
<b>11</b>	Collaborazione intra-dipartimentale e inter-dipartimentale di tutte le strutture afferenti al dipartimento anche attraverso la condivisione di risorse umane e tecnologiche <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Relazione del Direttore di dipartimento	<b>15</b>

IL RAGGIUNGIMENTO DI TUTTI GLI OBIETTIVI RIGUARDA L'INTERA EQUIPE

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

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

IL DIRETTORE DI STRUTTURA

IL DIRETTORE GENERALE

CdR	NEFROLOGIA e DIALISI OBIETTIVI QUALI/QUANTITATIVI	PESO
1	Attivazione agende secondo quanto previsto nel Piano Nazionale di Governo delle Liste di attesa <i>Indicatore/risultato atteso:</i> SI/NO	5
2	Adesione all'impiego dei farmaci vincitori di gara/accordo quadro regionale nei pazienti di nuova diagnosi e rivalutazione dei trattamenti in corso. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> 1) Pazienti Naive 95%;2) Trattamenti in corso 55%	10
3	Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> 1) % Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi =100% ;	5
4	Incremento della distribuzione diretta del primo ciclo terapeutico a seguito di dimissione ospedaliera o <i>Indicatore/risultato atteso:</i> > 80% dei pazienti in dimissione con erogazione di primo ciclo di terapia.	5
5	Predisposizione ricette dematerializzate. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> > 90% rispetto ai dimessi dal reparto/ambulatorio.	5
6	Riduzione della spesa di antibiotici ad ampio spettro di azione o gravati da elevate resistenze ( penicilline associate a inibitori della betalattamasi, fluorochinoloni, cefalosprine e macrolidi) come rilevato dal flusso dei consumi ospedalieri <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Riduzione % delle DDD per posti letto	10
7	Ottimizzazione dei posti rene per la ricezione ospiti. <i>Indicatore/risultato:</i> Relazione con l'indicazione del numero di ospiti.	5
8	Redazione della lettera di dimissione informatizzata ai fini dell'alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> % del n. di lettere di dimissione conferite al FSE rispetto al totale prodotto > 90%.	5
9	Concorrere al pieno funzionamento dell'applicativo One Care, per quanto di competenza, per l'effettivo funzionamento delle singole componenti del nuovo sistema ed in particolar modo per le richieste di consulenze interne <i>Indicatore:</i> Superamento del rendiconto trimestrale ottenuto con rilevazioni fuori sistema.	5
10	Rispetto della normativa vigente in materia di Sanità elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali e aziendali mediante chiusura delle SDO entro le scadenze previste dalla Regione. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> trasmissione dei dati richiesti entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso - numero SDO chiuse entro 5 gg. dalla dimissione e dopo ulteriori 20 gg. se in attesa di esame istologico almeno 90%.	5
11	Rilevazione della qualità percepita: somministrazione del questionario di gradimento secondo il protocollo elaborato dall 'URP. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> a) Ritiro di una % minima (10%) di questionari somministrati e compilati sul numero di ricoveri; b) miglioramento performance, rispetto all'anno 2019 della % di dimissioni volontarie	5
12	Piano delle vaccinazioni antiinfluenzale	10

**2020****5 - AREA MEDICA - ASL FG Foggia**

	Indicatore/risultato atteso: N° dipendenti vaccinati/ N° dipendenti	
<b>13</b>	Formazione ai dipendenti sul corretto uso dei DPI nelle prevenzione dell'esposizione da Covid-19 ed attuazione di comportamenti volti a contenere il contagio <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Relazione con l'indicazione delle giornate di formazione	<b>10</b>
<b>14</b>	Collaborazione intra-dipartimentale e inter-dipartimentale di tutte le strutture afferenti al dipartimento anche attraverso la condivisione di risorse umane e tecnologiche <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Relazione del Direttore di dipartimento	<b>15</b>

IL RAGGIUNGIMENTO DI TUTTI GLI OBIETTIVI RIGUARDA L'INTERA EQUIPE

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

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

IL DIRETTORE DI STRUTTURA

IL DIRETTORE GENERALE

CdR	P.O. SAN SEVERO - MALATTIE APPARATO RESPIRATORIO OBIETTIVI QUALI/QUANTITATIVI	PESO
1	Esecuzione tamponi per la ricerca SARS COV2 sul territorio <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Relazione	10
2	Monitoraggio clinico domiciliare in remoto attraverso la COT e USCA <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Relazione	15
3	Valutazione clinica e monitoraggio delle RSA e PTA <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Relazione	15
4	Presa in carico totale ove necessario delle Case di riposo sino alla dichiarazione delle strutture Covid free <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Relazione	15
5	Formazione personale ( uso DPI e protocolli assistenziali) del personale della Medicina, Cardiologia, <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Relazione	10
6	Formazione personale dei Distretti su DPI <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Relazione	10
7	Piano delle vaccinazioni antiinfluenzale <i>Indicatore/risultato atteso:</i> N° dipendenti vaccinati/ N° dipendenti	10
8	Collaborazione intra-dipartimentale e inter-dipartimentale di tutte le strutture afferenti al dipartimento anche attraverso la condivisione di risorse umane e tecnologiche <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Relazione del Direttore di dipartimento	15

IL RAGGIUNGIMENTO DI TUTTI GLI OBIETTIVI RIGUARDA L'INTERA EQUIPE

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

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

IL DIRETTORE DI STRUTTURA

IL DIRETTORE GENERALE

CdR	PSICHIATRIA OBIETTIVI QUALI/QUANTITATIVI	PESO
1	Implementazione del numero di ricoveri di pazienti provenienti da altre Asl della Regione <i>Indicatore/risultato atteso:</i> tasso 2%	10
2	Implementazione del numero di ricoveri di pazienti minori, accompagnati su indicazione dei servizi di Neuropsichiatria infantile per una migliore definizione diagnostica ed un precoce trattamento al fine di ridurre il DUP <i>Indicatore/risultato atteso:</i> tasso 1%	10
3	Riduzione della spesa di antibiotici ad ampio spettro di azione o gravati da elevate resistenze ( penicilline associate a inibitori della betalattamasi, fluorochinoloni, cefalosprine e macrolidi) come rilevato dal flusso dei consumi ospedalieri <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Riduzione % delle DDD per posti letto	5
4	Applicazione di modelli condivisi della rete di rapporto SPDC - Territorio, con particolare attenzione alla disponibilità di posti letto dedicati al <i>Indicatore/risultato atteso:</i> 1)formulazione di una cek list al fine di valutare l'adozione del protocollo	10
5	Concorrere al pieno funzionamento dell'applicativo One Care, per quanto di competenza, per l'effettivo funzionamento delle singole <i>Indicatore:</i> Superamento del rendiconto trimestrale ottenuto con rilevazioni fuori sistema.	5
6	Redazione della lettera di dimissione informatizzata ai fini dell'alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> % del n. di lettere di dimissione conferite al FSE rispetto al totale prodotto > 90%.	5
7	Rispetto della normativa vigente, degli standard e delle disposizioni regionali in materia di Sanità elettronica ed alimentazione dei flussi <i>Indicatore/risultato atteso:</i> i dati e le informazioni dovranno essere trasmessi entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso	5
8	Attività di "filtro" di med. Chir. Urg-accettazione e Servizi territoriali: attivazione di protocolli e procedure in collaborazione con la Dir. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> n° 2 di incontri, verbali e protocolli d'intesa.	5
9	<b>Riduzione della contenzione:</b> a) Predisposizione entro 60 giorni di una relazione sugli episodi di contenzione negli SPDC (numero pazienti) <i>Indicatore/risultato atteso:</i> relazione che evidenzia nel 2020 il ricorso a tale pratica rispetto agli anni precedenti	5

**2020****5 - AREA MEDICA - ASL FG Foggia**

<b>10</b>	Garantire adeguati livelli di discussione degli aspetti organizzativi, delle pratiche professionali, dei casi difficili e la formazione, sia sul campo che strutturata, per la prevenzione e la gestione della violenza, del burn out e la prevenzione della contenzione; la formazione deve essere rivolta a tutte le figure coinvolte, sanitarie e non della U.O. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> 1) almeno n. 6 incontri verbalizzati	<b>5</b>
<b>11</b>	Piano delle vaccinazioni antiinfluenzale <i>Indicatore/risultato atteso:</i> N° dipendenti vaccinati/ N° dipendenti	<b>10</b>
<b>12</b>	Formazione ai dipendenti sul corretto uso dei DPI nelle prevenzione dell'esposizione da Covid-19 ed <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Relazione con l'indicazione delle giornate di formazione	<b>10</b>
<b>13</b>	Collaborazione intra-dipartimentale e inter-dipartimentale di tutte le strutture afferenti al dipartimento anche attraverso la condivisione di risorse umane e tecnologiche  <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Relazione del Direttore di dipartimento	<b>15</b>

IL RAGGIUNGIMENTO DI TUTTI GLI OBIETTIVI RIGUARDA L'INTERA EQUIPE

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

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

IL DIRETTORE DI STRUTTURA

## OBIETTIVI QUALI/QUANTITATIVI

## Indicatore/risultato atteso

## Peso

1	Vigilanza sull'uso appropriato degli antibiotici al fine del controllo delle resistenze batteriche	Verifica sull'utilizzo appropriato di antibiotici con informazione alle strutture cliniche in accordo con la Farmacia ospedaliera	5
2	Controllo della qualità delle Cartelle cliniche relativamente alla completezza, leggibilità delle firme degli operatori che hanno effettuato le consulenze. Dotare ciascun dirigente di un timbro nominativo, obbligandolo all'uso dello stesso per una più facile identificazione sugli atti medici.	Controllo del 10% di cartelle cliniche dei dimessi di ogni reparto e trasmette specifica relazione ai primari sulle eccezioni riscontrate con frequenza trimestrale. Report trimestrale.	5
3	Garantire l'appropriatezza della cartella clinica/congruità sdo (assistenza ospedaliera diretta) R.O. - DH/DS in ottemperanza alle linee guida e disposizioni regionali.	a) controllo di almeno il 10/% dei controlli analitici casuali; b) controllo del 100% dei ricoveri appartenenti ai 108 DRG "ad alto rischio di inappropriatezza", dando priorità a: DH medici, parti cesarei, ipertensione, diabete, intervento di liberazione tunnel carpale e fratture di femore pazienti con età > 65 anni; c) definire modalità organizzative volte alla riduzione della eventuale inappropriatazza.	5
4	Coordinamento in collaborazione con la Farmacia Ospedaliera delle attività tese all'incremento della distribuzione diretta del primo ciclo terapeutico a seguito di dimissione ospedaliera o visita ambulatoriale.	Verifica sull'andamento delle prescrizioni e sull'erogazione dei farmaci in distribuzione con informazione alle strutture cliniche in accordo alla Farmacia ospedaliera	10
5	Diffusione e vigilanza sulla redazione della lettera di dimissione informatizzata ai fini dell'alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico.	% del n. di lettere di dimissione conferite al FSE rispetto al totale prodotto > 90%	10
6	Diffusione e corretta gestione della ricetta dematerializzata per le prestazioni specialistiche.	% delle ricette prescritte in modalità dematerializzata da medici specialisti > 80%.	5
7	Coordinamento delle attività di rilevazione della qualità percepita.	Somministrare una % minima (10%) di questionari sul numero di ricoveri e utenza ambulatoriale (sulle attività di competenza) secondo il protocollo elaborato dall'URP.	5

8	Gestione del Budget assegnato con Delibera Aziendale n. 1750/2019 sui programmi di spesa. Monitoraggio continuo ed analisi trimestrale sullo stato di avanzamento e sulle cause di scostamento del budget assegnato nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget, previo invio di report semestrali di monitoraggio della spesa da parte della Struttura Controllo di Gestione.	Spesa sostenuta = budget assegnato. Relazione finale sullo stato di avanzamento del Budget e sulle cause degli eventuali scostamenti nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget.	5
9	Rispetto del Budget assegnato annualmente sullo straordinario, reperibilità, prestazioni aggiuntive e indennità chilometrica. Distribuzione dello stesso all'interno delle strutture. Monitoraggio continuo ed analisi trimestrale sullo stato di avanzamento e sulle cause di scostamento del budget assegnato nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget, previo invio di report trimestrali di monitoraggio della spesa da parte dell'Area del Personale.	Spesa sostenuta = budget assegnato. Relazione finale sullo stato di avanzamento del Budget e sulle cause degli eventuali scostamenti nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget.	5
10	Rispetto della normativa vigente, degli standard e delle disposizioni regionali in materia di Sanità elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali e aziendali.	I dati e le informazioni dovranno essere trasmessi entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso informativo secondo le indicazioni e i termini previste dalla Deliberazione di G.R.	5
11	Organizzazione, in collaborazione con la Direzione amministrativa di presidio e con la Farmacia Ospedaliera, di incontri con le singole UUOO sull'andamento della spesa per beni sanitari.	Relazione	5
12	Applicazione delle prescrizioni contenute nel Piano della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (delib. N. 131/2019) e di tutti gli obblighi in esso previsti.	Realizzazione di n. 2 audit interni verbalizzati relativi al PTCT. Individuazione delle attività a rischio e dei meccanismi adottati per prevenirle. Osservanza degli obblighi di trasparenza e pubblicazione dei dati sul sito Amm.ne Trasparente.	5
13	Piano delle vaccinazioni antiinfluenzale	N° dipendenti vaccinati/ N° dipendenti	10
14	Formazione ai dipendenti sul corretto uso	Relazione con l'indicazione delle giornate di formazione	10
15	Riorganizzazione e gestione delle strutture ospedaliere a seguito dell'emergenza COVID-19 ( posti letto, reparti covid e no-covid	Relazione	10

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

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

IL DIRETTORE DI STRUTTURA

I DIRETTORE GENERALE

2020		7 - DIREZIONI AMMINISTRATIVE DI PP.OO. ASL FG - Foggia	
CdR		DIREZIONE AMMINISTRATIVA	
	OBIETTIVI QUALI/QUANTITATIVI	Indicatore/risultato atteso	Peso
1	Gestione informatizzata dei magazzini economici, gestione ordini contabilità per beni strumentali e servizi.	contabilizzare tutte le operazioni di carico e scarico in procedura entro il 10 del mese successivo alla chiusura del trimestre	5
2	Mantenimento dell'efficienza dell'attività produttiva del Presidio	Costo beni non sanitari 2019 < costo beni non sanitari 2018	5
3	Cura le attività di mancato ritiro dei referti, recupero dei ticket per mancate disdette e codici bianchi e sollecito di pagamento fino alla fase di costituzione in mora dell'utente ed al relativo incasso delle somme dovute.	Relazione su: i) codici bianchi, ii) referti non ritirati, iii) mancate disdette.	10
4	Liquidazione fatture beni sanitari e non di pertinenza del PO rinvenienti da programmi di spesa.	Indicatore di tempestività dei pagamenti (ITP) 2019 = 0	10
5	Liquidazione fatture anni pregressi	Fatture anni pregressi in carico alla struttura = 0	10
5	Recupero somme per azioni di rivalsa sanitaria per conto Regione Puglia	Relazione su attività svolta	10
6	Migliorare il tasso di esecuzione delle sentenze sfavorevoli di condanna (decreti ingiuntivi): fornire informativa documentata alla Struttura Burocratico-legale entro i termini fissati dalla struttura stessa nella nota di trasmissione del decreto ingiuntivo	SI/NO in contraddittorio con la SBL	10
7	Gestione del Budget assegnato con Delibera Aziendale n. 1750/2018 sui programmi di spesa. Monitoraggio continuo ed analisi trimestrale sullo stato di avanzamento e sulle cause di scostamento del budget assegnato nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget.	Spesa sostenuta = budget assegnato. Relazione finale sullo stato di avanzamento del Budget e sulle cause degli eventuali scostamenti nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget.	10
8	Rispetto del Budget assegnato annualmente sullo straordinario, reperibilità e indennità chilometrica. Monitoraggio continuo ed analisi trimestrale sullo stato di avanzamento e sulle cause di scostamento del budget assegnato nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget.	Spesa sostenuta = budget assegnato. Relazione finale sullo stato di avanzamento del Budget e sulle cause degli eventuali scostamenti nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget.	10
14	Organizzazione, in collaborazione con la Direzione amministrativa di presidio e con la Farmacia Ospedaliera, di incontri trimestrali con le singole UUOO sull'andamento della spesa per beni sanitari.	N° 4 incontri verbalizzati.	5
10	Applicazione delle prescrizioni contenute nel Piano della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (delib. N. 131/2019) e di tutti gli obblighi in esso previsti.	Realizzazione di n. 2 audit interni verbalizzati relativi al PTCT. Individuazione delle attività a rischio e dei meccanismi adottati per prevenirle. Osservanza degli obblighi di trasparenza e pubblicazione dei dati sul sito Amm.ne Trasparente.	10
11	Applicazione delle prescrizioni contenute nel Codice di Comportamento di cui alla delibera n. 26/2017 e di tutti gli obblighi in esso previsti.	Realizzazione di n. 2 audit interni verbalizzati relativi al Cod. di Comport. ed attività poste in essere per il rispetto dello stesso.	5

IL RAGGIUNGIMENTO DI TUTTI GLI OBIETTIVI RIGUARDA L'INTERA EQUIPE

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

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

IL DIRETTORE DI STRUTTURA

2020	8 - DISTRETTI SOCIO SANITARI - ASL FG		
CdR	DIREZIONE DISTRETTO		
	OBIETTIVI QUALI/QUANTITATIVI	Indicatore/risultato atteso	Peso
1	Relazione trimestrale sulla verifica dei comportamenti prescrittivi inappropriati sulla base dei report trasmessi dall'Area Farmaceutica	Relazione	10
2	Analisi del fabbisogno specialistica ambulatoriale	Relazione	5
3	Acquisizione consensi per il Fascicolo Sanitario Elettronico	Incremento dell'acquisizione dei consensi all'alimentazione del FSE: 4.500 consensi in più rispetto al 2019	10
5	Aggiornamento anagrafica sanitaria	Verifica e superamento delle anomalie di cittadini esenti con codice per neoplasia (048) di durata superiore a 5 anni $\geq 10\%$	10
6	Screening cervice-uterina	Relazione con indicazione dati	5
7	Miglioramento dei propri tempi medi di pagamento relativi ad acquisti di beni, servizi e forniture	Tempo medio intercorrente tra la data effettiva di registrazione della fattura e la data di trasmissione cartacea della determina di liquidazione = 20 gg.	5
8	Corretta applicazione delle disposizioni Aziendali in merito all'applicazione dei Regolamenti n. 4 e n.5 del 21/01/2019 in tema di Accreditamento delle strutture Socio-Sanitarie	Applicazione Si/NO	10
9	Predisposizione di procedure attuative in merito all'erogazione delle Cure domiciliari di 2° e 3° livello	Predisposizione ed attuazione	10
10	Formazione ai dipendenti sul corretto uso dei dispositivi di protezione individuale nella prevenzione dell'esposizione dal Covid-19 ed attuazione di comportamenti volti a contenere il contagio	Relazione circostanziata con l'indicazione delle giornate di formazione	15
11	Piano delle vaccinazioni antinfluenzali	N° dipendenti vaccinati /n° dipendenti	10
12	Gestione del Budget assegnato con Delibera Aziendale n. 1750/2019 sui programmi di spesa. Monitoraggio continuo ed analisi trimestrale sullo stato di avanzamento e sulle cause di scostamento del budget assegnato nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget.	Spesa sostenuta = budget assegnato. Relazione finale sullo stato di avanzamento del Budget e sulle cause degli eventuali scostamenti nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget.	5
13	Rispetto del Budget assegnato annualmente sullo straordinario, reperibilità, prestazioni aggiuntive e indennità chilometrica. Monitoraggio continuo ed analisi semestrale sullo stato di avanzamento e sulle cause di scostamento del budget assegnato.	Spesa sostenuta = budget assegnato. Relazione finale sullo stato di avanzamento del Budget e sulle cause degli eventuali scostamenti nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget.	5

IL RAGGIUNGIMENTO DI TUTTI GLI OBIETTIVI RIGUARDA L'INTERA EQUIPE

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

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

IL DIRETTORE DI STRUTTURA

IL DIRETTORE GENERALE

	OBIETTIVI QUALI/QUANTITATIVI	Indicatore/risultato atteso	Peso
1	Mantenere le prestazioni domiciliari extraregionali ambulatoriali, di internato, quelle domiciliari nei limiti della spesa consuntivata.	Spesa 2020=Spesa 2019 Valori da rilevare dai consuntivi di riferimento	5
2	Concordare con le strutture accreditate la consegna mensile del dettaglio delle prestazioni erogate oltre la documentazione cartacea indicata nel contratto sottoscritto annualmente. Detta fase costituisce il dies a quo per il computo dei termini di pagamento.	Il pagamento delle strutture decorre dall'acquisizione della documentazione ulteriore e non dalla data di emissione fattura	10
3	Mantenere in sicurezza le prestazioni ambulatoriali.	Almeno n° 4 prestazioni giornaliere per terapeuta- Relazione	10
4	Garantire i gruppi di lavoro scolastici in via telematica	N° utenti valutati telematicamente	10
5	Concorrere al completamento e funzionamento pieno delle procedure informatiche, per quanto di competenza del Dipartimento.	Utilizzo del software della società fornitrice e richieste di adeguamento.	5
6	Diminuzione del contenzioso fornendo una informativa documentata alla SBL, che consenta il rispetto dei termini necessari per opporsi ad eventuali decreti ingiuntivi avverso la ASL FG	Informativa adeguatamente documentata: SI/NO	5
7	Miglioramento dei propri tempi medi di pagamento relativi ad acquisti di beni, servizi e forniture	Tempo medio intercorrente tra la registrazione della fattura e la determina di liquidazione = 25 gg.	10
8	Gestione del Budget assegnato con Delibera Aziendale n. 1750/2019 sui programmi di spesa. Monitoraggio continuo ed analisi trimestrale sullo stato di avanzamento e sulle cause di scostamento del budget assegnato nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget.	Spesa sostenuta = budget assegnato. Relazione finale sullo stato di avanzamento del Budget e sulle cause degli eventuali scostamenti nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget.	10
9	Rispetto del Budget assegnato annualmente sullo straordinario, reperibilità e indennità chilometrica. Monitoraggio continuo ed analisi trimestrale sullo stato di avanzamento e sulle cause di scostamento del budget assegnato nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget.	Spesa sostenuta = budget assegnato. Relazione finale sullo stato di avanzamento del Budget e sulle cause degli eventuali scostamenti nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget.	5
10	Applicazione delle prescrizioni contenute nel piano della prevenzione della corruzione e della trasparenza ( Delibera n. 131/2019 ) e di tutti gli obblighi in esso previsti.	Individuazione della attività a rischio e dei meccanismi adottati per prevenirli. Osservanza delle norme che regolano la materia.	10
11	Piano delle vaccinazioni antinfluenzali	N° dipendenti vaccinati /n° dipendenti	10
12	Formazione ai dipendenti sul corretto uso dei dispositivi di protezione individuale nella prevenzione dell'esposizione dal Covid-19 ed attuazione di comportamenti volti a contenere il contagio	Relazione circostanziata con l'indicazione delle giornate di formazione	10

IL RAGGIUNGIMENTO DI TUTTI GLI OBIETTIVI RIGUARDA L'INTERA EQUIPE

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

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

IL DIRETTORE DI STRUTTURA

IL DIRETTORE GENERALE

2020	10 - DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE - ASL FG Foggia		
CdR	DIREZIONE DIPART. DIPENDENZE PATOLOGICHE		
	OBIETTIVI QUALI/QUANTITATIVI	Indicatore/risultato atteso	Peso
1	Prevenzioni degli incidenti sul lavoro e delle patologie alcool-correlate.	a) 1) Elaborazione regolamento aziendale sull'alcool diffuso: si/no;	10
2	Progetto specifico per la dipendenza patologica da gioco : predisposizione interventi nella scuola e rivolti alla popolazione generale	Si/No Relazione	10
2	Predisposizione ed attivazione di servizio di counseling psicologico telefonico riservato ai dipendenti Asl Fg per situazioni stressanti legate alla pandemia Covid-19	Si/No Relazione	20
3	Iniziative in tema di contrasto alla corruzione e illegalità in osservanza del PTPC ASL FG 2019/2021: registrazione sulla cartella clinica del processo decisionale che porta all'individuazione della Comunità terapeutica sottoscritto e firmato da almeno tre componenti dell'equipe	Relazione dettagliata con l'indicazione del n° di invii in Comunità terapeutica secondo l'obiettivo ( >90%)	10
4	Piano delle vaccinazioni antinfluenzali	N° dipendenti vaccinati /n° dipendenti	10
5	Formazione ai dipendenti sul corretto uso dei dispositivi di protezione individuale nella prevenzione dell'esposizione dal Covid-19 ed attuazione di comportamenti volti a contenere il contagio	Relazione circostanziata con l'indicazione delle giornate di formazione	15
6	Controllo e rendicontazione semestrale della spesa verso comunità terapeutiche provinciali, regionali ed extraregionali, evidenziando per ogni struttura numero di utenti, giornate di degenza e retta giornaliera.	N° 2 report semestrali	5
7	Gestione del Budget assegnato con Delibera Aziendale n. 1750/2019 sui programmi di spesa e rispetto del budget assegnato sullo straordinario. Monitoraggio continuo ed analisi trimestrale sullo stato di avanzamento e sulle cause di scostamento del budget assegnato nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget.	Spesa sostenuta = budget assegnato. Relazione finale sullo stato di avanzamento del Budget e sulle cause degli eventuali scostamenti nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget.	10
8	Miglioramento dei propri tempi medi di pagamento relativi ad acquisti di beni, servizi e forniture	Tempo medio intercorrente tra la registrazione della fattura e la determina di liquidazione = 20 gg.	5
9	Rispetto della normativa vigente, degli standard e delle disposizioni regionali in materia di Sanità elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali e aziendali.	I dati e le informazioni dovranno essere trasmessi entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso informativo secondo le indicazioni e i termini previste dalla Deliberazione di G.R.	5

Il RAGGIUNGIMENTO DI TUTTI GLI OBIETTIVI RIGUARDA L'INTERA EQUIPE

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

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

IL DIRETTORE DI STRUTTURA

IL DIRETTORE GENERALE

2020	11 - DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE - ASL FG Foggia		
CdR	DIREZIONE DIPART. DI SALUTE MENTALE/CSM		
	OBIETTIVI QUALI/QUANTITATIVI	Indicatore/risultato atteso	Peso
1	Monitoraggio delle strutture psichiatriche riabilitative previste dal reg. Regionale 7/02 e riduzione del relativo budget di spesa	1) Aggiornamento del registro delle strutture presso le quali sono presenti utenti provenienti dal proprio bacino di utenza con annotazione della data in cui si è effettuato il controllo sugli esiti delle cure erogate al paziente. Almeno due controlli annuali per struttura verbalizzati 2) Mantenimento budget anno 2019	10
2	Attuazione di un piano operativo immediatamente esecutivo, finalizzato a definire soluzioni guida ad intensità differenziata, personalizzate e condivise con il paziente ed i suoi familiari, sia per riportare all'interno del territorio quelli degenti in strutture extra ASL FG, sia per dare pratica attuazione a percorsi riabilitativi.	1) Relazione sulla situazione entro il 30/07/2018; 2) pianificazione interventi e riduzione del 30% dei pazienti fuori ASL	5
3	Governo della spesa verso comunità terapeutiche esterne o interne al territorio del CIM, evidenziando per struttura accreditata, il numero di utenti, le giornate di degenza, la retta giornaliera ove definita. Monitoraggio continuo ed analisi trimestrale riduzione dei giorni di degenza in struttura	1) N° 4 report trimestrali al controllo di gestione; 2) dimissione fino al 5% dei pazienti che hanno superato i 36 mesi di ricovero presso strutture riabilitative subordinata alla condizioni di emergenza Covid-19	5
4	Presenza in carico dei pazienti autori di reati anche precedentemente inseriti in Rems	1) n° di pazienti presi in carico 2) protocolli riabilitativi applicati	5
5	% Numero assistiti presso DSM nell'anno della rilevazione	>= 10,82	5
6	Potenziamento della rete per la presa in carico dei minori affetti da Disturbo di Spettro ( ex R.R. 9/16)	1) Mantenimento del numero di pazienti affetti da DSA in trattamento riabilitativo rispetto al 2019; 2) Mantenimento delle prestazioni erogate tramite il CAT	5
7	Potenziamento dell'assistenza neuropsichiatrica infatile ambulatoriale e domiciliare anche attraverso l'utilizzo dei finanziamenti finalizzati ex DGR 1721/2012	Mantenimento dei livelli assistenziali	5
8	Attivazione di prestazioni in telemedicina e utilizzo delle piattaforme Web anche per l'integrazione scolastica	Predisposizione di manuale per regolamentare l'erogazione delle prestazioni da remoto	10
9	Redazione Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo Edotto	% Piani terapeutici informatizzati > del 90% del totale	5

**2020****11 - DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE - ASL FG Foggia**

<b>10</b>	Miglioramento dei propri tempi medi di pagamento relativi ad acquisti di beni, servizi e forniture	Tempo medio intercorrente tra la registrazione della fattura e la determina di liquidazione = 25 gg.	<b>5</b>
<b>11</b>	Riduzione del numero dei ricoveri ripetuti (revolving door)	Valutazione attraverso le SDO degli SPDC del numero e della prevalenza dei ricoveri ripetuti con particolare attenzione a prevalenza di revolving door nell'ambito di un trimestre.	<b>5</b>
<b>12</b>	Riduzione delle liste di attesa per visite ambulatoriali e per consulenze in reparto	1) istituzione delle agende 2) riduzione dei tempi di attesa inferiore a 60 gg	<b>5</b>
<b>13</b>	Riduzione del numero assoluto e del tasso percentuale di TSO.	Valutazione del numero e della prevalenza sul numero totale dei ricoveri (valutazione trimestrale)	<b>5</b>
<b>14</b>	Applicazione di modelli condivisi della rete di rapporto SPDC - Territorio, con particolare attenzione alla disponibilità di posti letto dedicati al territorio competente e di equipe territoriale che visitino <b>entro 4 giorni</b> dalla richiesta i propri assistiti ricoverati.	Formulazione di un protocollo di gestione condiviso entro il Primo semestre.	<b>5</b>
<b>15</b>	Miglioramento della qualità dei servizi offerti alla famiglie degli utenti con particolare riferimento alle Attività psicoeducative e Social skills training (Per il servizio di Psicologia Clinica) .	Programma di formazione di un maggior numero di operatori per condurre tali attività	<b>5</b>
<b>16</b>	Garantire adeguati livelli di discussione degli aspetti organizzativi, delle pratiche professionali, dei casi difficili e la formazione, sia sul campo che strutturata, per la prevenzione e la gestione della violenza, del burn out e la prevenzione della contenzione; la formazione deve essere rivolta a tutte le figure coinvolte, sanitarie e non della U.O.	N° 3 incontri con operatori di altre Aziende Sanitarie	<b>5</b>
<b>17</b>	Piano delle vaccinazioni antinfluenzali	N° dipendenti vaccinati /n° dipendenti	<b>5</b>
<b>18</b>	Formazione ai dipendenti sul corretto uso dei dispositivi di protezione individuale nella prevenzione dell'esposizione dal Covid-19 ed attuazione di comportamenti volti a contenere il contagio	Relazione circostanziata con l'indicazione delle giornate di formazione	<b>5</b>

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

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

IL DIRETTORE DI STRUTTURA

II DIRETTORE GENERALE

2020	12 - DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE - ASL FG Foggia		
DIREZIONE DIPARTIMENTO			
	OBIETTIVI QUALI-QUANTITATIVI	Indicatore/risultato atteso	Peso
1	Adozione Piano Regionale della Prevenzione	Adozione Piano aziendale attuativo del PRP ( SI / NO)	10
2	Promozione della Salute nelle Scuole	Presentare dettagliata relazione sulle attività svolte in seno al GIA (SI / NO)	15
3	Miglioramento dei propri tempi medi di pagamento relativi ad acquisti di beni, servizi e forniture	Tempo medio intercorrente tra la registrazione della fattura e la determina di liquidazione = 20 gg.	10
4	Rilevazione gradimento dell'utenza	N° questionari per la rilevazione del gradimento e della qualità (Vedi SIMisurazione) > 30 per ogni Servizio /UOC	5
5	Gestione del Budget assegnato con Delibera Aziendale n. 1750/2019 sui programmi di spesa. Monitoraggio continuo ed analisi trimestrale sullo stato di avanzamento e sulle cause di scostamento del budget assegnato nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget.	Spesa sostenuta = budget assegnato. Relazione finale sullo stato di avanzamento del Budget e sulle cause degli eventuali scostamenti nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti	5
6	Rispetto del Budget assegnato annualmente sullo straordinario, reperibilità e indennità chilometrica. Monitoraggio continuo ed analisi trimestrale sullo stato di avanzamento e sulle cause di scostamento del budget assegnato nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget.	Assegnazione dei relativi Budget per singolo Servizio / UOC e monitoraggio sul rispetto degli stessi	5
7	Applicazione delle prescrizioni contenute nel Piano della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (delib. N. 131/2019) e di tutti gli obblighi in esso previsti.	Realizzazione di n. 2 audit interni verbalizzati relativi al PTCT. Individuazione delle attività a rischio e dei meccanismi adottati per prevenirle. Osservanza degli obblighi di trasparenza e pubblicazione dei dati sul sito	5
8	Applicazione delle prescrizioni contenute nel Codice di Comportamento di cui alla delibera n. 26/2017 e di tutti gli obblighi in esso previsti.	Realizzazione di n. 2 audit interni verbalizzati relativi al Cod. di Comport. ed attività poste in essere per il rispetto dello stesso.	5
9	Piano delle vaccinazioni antiinfluenzale	N° dipendenti vaccinati/ N° dipendenti	10
10	Formazione ai dipendenti sul corretto uso dei DPI nelle prevenzioni dell'esposizione da Covid-19 ed attuazione di comportamenti volti a contenere il contagio	Relazione con l'indicazione delle giornate di formazione	10
11	Collaborazione di tutte le strutture afferenti al dipartimento alle attività inerenti la pandemia Covid-19 ( ispezioni, tracciamento, comunicazioni per esecuzioni tamponi, ecc. )	Relazione dettagliata	20

IL RAGGIUNGIMENTO DI TUTTI GLI OBIETTIVI RIGUARDA L'INTERA EQUIPE

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

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

IL DIRETTORE DI STRUTTURA

IL DIRETTORE GENERALE

CdR		SERVIZIO DI IGIENE E SANITA' PUBBLICA – SISP		
	OBIETTIVI QUALI/QUANTITATIVI	Indicatore/risultato atteso	Peso	
1	Potenziamento copertura Vaccinale - Vaccinazione Antinfluenzale per anziani.	Planificazione e coordinamento dell'attività attraverso incontri verbalizzati con i MMG (almeno n. 3) al fine di rilanciare l'obiettivo regionale previsto	5	
2	Potenziamento copertura Vaccinale - Vaccinazione MRP	N. bambini vaccinati MPR/N. bambini residenti che compiono 24 mesi nell'anno di rilevazione (Ind. MES B7.1). 85% (Cronoprogramma Progr. Operat. - Interv. GOPRO 02.01.02)	5	
3	Potenziamento copertura Vaccinale - Vaccinazione Papilloma Virus (HPV)	Cicli vaccinali completati entro 31 dicembre dell'anno di rilevazione nella coorte di riferimento/N. bambine residenti nel territorio di competenza che hanno compiuto il dodicesimo anno di età (Ind. MES R7.3) 75%	5	
4	Potenziamento copertura Vaccinale - Vaccinazione Antimeningococcica	N. bambini vaccinati Antimeningococco/N. bambini residenti nel territorio di competenza che compiono 24 mesi nell'anno di rilevazione (Ind. MES B7.5).80%	5	
5	Screening oncologici ( mammografico, cervice uterina, colon -retto)	Attività di coordinamento rivolta al raggiungimento delle percentuali così come rimodulate dalla Regione in relazione all'emergenza pandemica	5	
6	Completamento dell'istruttoria per l'autorizzazione delle strutture sanitarie e socio-sanitarie di cui all'art. 5 della L.R. n° 9/2017 e s.m. e int. Regolamento regionale n. 3/2005 e 3/2010. Continuare ad utilizzare il registro che evidenzia tale adempimento.	N° richieste evase / N° richieste pervenute = 100%	5	
7	Completamento dell'istruttoria per quanto previsto dall L.R. 19/2006 e dal R.R. n.4/2007 per le strutture socio-assistenziali verificando la presenza dei requisiti previsti dalla normativa vigente. Continuare ad utilizzare il registro che evidenzia tale adempimento.	N° richieste evase / N° richieste pervenute = 100%	5	
8	Informatizzazione dei dati vaccinali della popolazione residente nell'ASL. Garantire in tutte le sedi vaccinali la corretta gestione dell'attività vaccinale tramite l'utilizzo del software, fornire adeguata assistenza nelle sedi periferiche per l'informatizzazione dei dati vaccinali della popolazione residente nell'ASL. Garantire in tutte le sedi vaccinali la corretta gestione dell'attività vaccinale tramite l'utilizzo del software, fornire adeguata assistenza nelle sedi periferiche per eventuali problemi legati all'utilizzo del software; rendere operativo nelle sedi distrettuali il programma di chiamata attiva.	1) Elaborazione di dati statistici informatizzati per l'attività vaccinale per le sedi informatizzate; 2) organizzare incontri di formazione con gli operatori che ancora non utilizzano il software.	5	
9	Vigilare sulle strutture sanitarie e socio assistenziali in modo da contribuire a contrastare il fenomeno dell'abusivismo professionale sanitario. Eseguire sopralluoghi e controlli sui locali <b>delle strutture accreditate</b> per verificare il possesso dei requisiti L.R. n. <b>9/017</b> e s.m.e int. Regolamento regionale n. 3/2005 e <b>3/2010</b> .	1) Strutture accreditate controllate / numero di strutture accreditate da controllare ≥25%. 2) Fornire elenco delle strutture da controllare e dei controlli eseguiti e la statistica degli esiti.	5	
10	Sorvegliare gli eventi avversi al vaccino anti meningococco B ( <b>obiettivo di durata biennale</b> )	Arruolare annualmente Nà 200 bambini per l'intera ASL, da sottoporre a vaccinazione. Di almeno 100 bambini ( 50% dei soggetti arruolati) dovrà pervenire diario clinico di sorveglianza settimanale . N° 100 diari clinici di sorveglianza acquisiti su 200.	5	
11	Sorvegliare le malattie infettive e gestire le emergenze in modo coordinato e tempestivo. Effettuare le indagini epidemiologiche nei tempi previsti, migliorare tutti i sistemi di sorveglianza, gestire le emergenze <b>infettive</b> in maniera coordinata e tempestiva. Applicare tempestivamente, se necessario, le misure di profilassi secondo le tempistiche previste dal DM 15/12/90 e relativa regolamentazione regionale.	1) N° notifiche inviate in Regione / N° notifiche pervenute = 1; 2) N° di allerta inviati in regione / N° malattie da segnalare come allerta = 1	5	
12	Potenziamento delle azioni relative al contrasto della Corruzione e della Trasparenza amministrativa	Realizzazione di n. 2 audit interni verbalizzati per portare a conoscenza di tutti gli operatori il Piano aziendale per la Prevenzione e Repressione della Corruzione e della Trasparenza	5	
13	Piano delle vaccinazioni antiinfluenzale al personale sanitario	Ordine di acquisto e consegna alle strutture sanitarie previste dal programma regionale delle dosi di vaccino programmate. Supporto per l'adempimento dell'obbligo informativo sulla piattaforma GIAVA-COVID	10	
14	Formazione ai dipendenti sul corretto uso dei DPI nelle prevenzione dell'esposizione da Covid-19 ed attuazione di comportamenti volti a contenere il contagio	Relazione con l'indicazione delle giornate di formazione	10	
15	Coordinamento e collaborazione con tutte le strutture afferenti al dipartimento alle attività inerenti la pandemia Covid-19 ( Ispezioni, tracciamento, comunicazioni per esecuzioni tamponi, ecc.)	Relazione dettagliata	20	

IL RAGGIUNGIMENTO DI TUTTI GLI OBIETTIVI RIGUARDA L'INTERA EQUIPE

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

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

IL DIRETTORE DI STRUTTURA

IL DIRETTORE GENERALE

CdR		SERVIZIO DI IGIENE degli ALIMENTI - SIAN		
	OBIETTIVI QUALI/QUANTITATIVI	Indicatore/risultato atteso	Peso	
1	Stilare un bilancio complessivo che tenga conto dei rilievi effettuati ed indirizzi l'attività per l'anno successivo	SI /NO	5	
2	CONTROLLI UFFICIALI, ex Reg. CE 882/2004/CE, previsti dal PRIC Regione Puglia e dal vigente Piano Locale dei Controlli ASL FG  a) Controllo Ufficiale (C.U.) - ispezioni su OSA b) C.U. Campionamento ed esecuzione dei controlli analitici secondo la tipologia degli alimenti e delle bevande. c) Controllo sul deposito, commercio, vendita e impiego di fitofarmaci, additivi e coloranti ed altro. d) Controllo sulla produzione e sul commercio dei prodotti dietetici e degli alimenti per la prima infanzia. e) Controllo della contaminazione ambientale sugli alimenti e bevande. f) Prevenzione e controllo delle tossinfezioni alimentari e delle patologie collettive di origine alimentare. g) Verifica qualità delle acque destinate al consumo umano. h) Informazione di prevenzione nei confronti degli addetti alla produzione, manipolazione, trasporto, somministrazione, deposito e vendita delle sostanze alimentari e delle bevande. i) Prevenzione nella collettività degli squilibri nutrizionali qualitativi e quantitativi	a) Esiti del Controllo Ufficiale su base annua; b) rappresentazione sintetica dei Controlli Ufficiali con evidenza degli esiti rispetto alla primagrammazione Regionale (PRIC) e di ASL FG (PLC)  Semestralmente Controlli Ufficiali espletati/Controlli Ufficiali da effettuare	15	
3	Ridurre il rischio di malattie trasmesse dagli alimenti. Incrementare la vigilanza sugli operatori del settore alimentare (OSA)	N° di OSA controllati (raggiungere gli obiettivi del PRIC e del PLC)	5	
4	Predisposizione menù e tabelle dietetiche per Enti Pubblici e Privati con evasione di tutte le richieste. Attività formativa rivolta agli addetti alla ristorazione collettiva.	1) Report annuale su attività svolta.2) Almeno n° 1 corso/anno	5	
5	Adeguamento al "Piano Regionale Integrato dei Controlli Ufficiali". Controlli sugli alimenti e loro ingredienti trattati con radiazioni ionizzanti.	Effettuazione dei campioni così come previsto per il SIAN ASL FG	10	
6	Adeguamento al "Piano Regionale Integrato dei Controlli Ufficiali ": Controlli sugli Additivi alimentari tal quali e nei prodotti alimentari.	Effettuazione delle Verifiche, ispezioni o Audit e Campionamenti così come previsto per il SIAN ASL FG	5	
8	Prevenzione malattie cronico-degenerative: svolgere programmi di intervento previsti dalla programmazione regionale. Realizzazione di interventi di prevenzione nutrizionale (MED-FOOD ANTICANCER PROGRAM)	Realizzazione di almeno n° 2 campagne per anno. Analisi dei risultati.	10	
10	Promozione dei corretti stili di vita : svolgere programmi di intervento previsti dalla programmazione regionale. Realizzazione di interventi di prevenzione nutrizionale in ambito scolastico ( Med-Food Anticancer Program per gli alunni delle Scuole Superiori	Realizzazione di almeno n. 2 interventi. Analisi dei risultati	10	
13	Piano delle vaccinazioni antiinfluenzale	N° dipendenti vaccinati/ N° dipendenti	10	
14	Formazione ai dipendenti sul corretto uso dei DPI nelle prevenzione dell'esposizione da Covid-19 ed attuazione di comportamenti volti a contenere il contagio	Relazione con l'indicazione delle giornate di formazione	10	
15	Collaborazione con le strutture afferenti al dipartimento alle attività inerenti la pandemia Covid-19	Relazione dettagliata	15	

IL RAGGIUNGIMENTO DI TUTTI GLI OBIETTIVI RIGUARDA L'INTERA EQUIPE

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

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

IL DIRETTORE DI STRUTTURA

IL DIRETTORE GENERALE

SERVIZIO di PREVENZIONE E SICUREZZA AMBIENTI DI LAVORO - SPESAL			
CdR	OBIETTIVI QUALI/QUANTITATIVI	Indicatore/risultato atteso	Peso
1	Report indicatori sentinella di cui al PRP 2014-18 riferito all'anno 2019	SI / NO	5
2	Rilevazione nell'applicazione e nell'erogazione dei LEA secondo il seguente schema regionale e rendicontazione trimestrale dei dati di attività all'Unità di Controllo di Gestione entro il mese successivo alla chiusura del trimestre:  Attività di vigilanza nei luoghi di lavoro 1) N° cantieri notificati ( art.99 D.Lgs81/08) 2) N° complessivo di cantieri ispezionati 2.1) di cui non a norma al 1° sopralluogo 3) N° aziende con dipendenti + lavoratori autonomi oggetto di ispezione 4) N° sopralluoghi complessivamente effettuati 5) N° totale verbali 6) N° totale verbali con prescrizioni 758, sanzioni amministrative, ecc... 7) N° violazioni 8) N° sequestri 9) N° sospensioni ai sensi dell'art. 14 D.Lgs 81/08 10) N° piani di lavoro pervenuti per bonifica amianto e N° notifiche  Attività di igiene industriale  1) N° aziende/cantieri controllati con indagini di igiene industriale  2) N° campionamenti effettuati 3) N° misurazioni effettuate  Inchieste infortuni 1) N° inchieste infortuni concluse 2) N° inchieste infortuni concluse con riscontro violazione correlata all'evento  Inchieste malattie professionali 1) Inchieste malattie professionali concluse 2) N° inchieste infortuni concluse con riscontro violazione correlata all'evento  Pareri 1) N° pareri 2) N° aziende oggetto di sopralluogo per l'espressione dei pareri  Attività sanitaria 2) Numero di altre visite effettuate dallo SPESAL di propria iniziativa o su richiesta 3) N° aziende in cui è stato controllato il protocollo di sorveglianza sanitaria e/o le cartelle sanitarie 4) N° ricorsi avverso il giudizio del Medico Competente  Attività di formazione 1) N° ore di formazione	Report semestrale dove fornire un quadro aggiornato sulle attività elencate e sugli esiti.  Obiettivo 2020: numero di cantieri da vigilare = 130  Obiettivo 2020: numero cantieri ispezionato x amianto  Sebbene l'attività di igiene industriale in Puglia è affidata all'ARPA: N. Aziende in cui valutare esposizione a vibrazioni=2 N. Aziende in cui effettuare rilevazioni fonometriche =2  Obiettivo 2020: numero inchieste infortuni = 120  Obiettivo 2020: numero inchieste malattie professionali= 20  N° richieste pareri evase / N° richieste pareri pervenute = 100% N° richieste pareri con sopralluogo evase / N° richieste pareri con sopralluogo pervenute = 100%  Obiettivo 2020 =60  N° ricorsi evasi / N° ricorsi pervenuti = 100%  Obiettivo 2020 per ore di formazione = 200 ore	50
3	Potenziamento delle azioni relative al contrasto della Corruzione e della Trasparenza amministrativa	Realizzazione di n. 2 audit interni verbalizzati per portare a conoscenza il Piano aziendale per la Prevenzione e Repressione della Corruzione e della Trasparenza di cui alla	10
4	Piano delle vaccinazioni antiinfluenzale	N° dipendenti vaccinati/ N° dipendenti	10
5	Formazione ai dipendenti sul corretto uso dei DPI nella prevenzione dell'esposizione da Covid-19 ed attuazione di comportamenti volti a contenere il contagio	Relazione con l'indicazione delle giornate di formazione	10
6	Collaborazione con le strutture afferenti al dipartimento alle attività inerenti la pandemia Covid-19	Relazione dettagliata	15

IL RAGGIUNGIMENTO DI TUTTI GLI OBIETTIVI RIGUARDA L'INTERA EQUIPE

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

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

IL DIRETTORE DI STRUTTURA

IL DIRETTORE GENERALE

CdR		SIAV AREA A -	
	OBIETTIVI QUALI/QUANTITATIVI	Indicatore/risultato atteso	Peso
1	Attuazione Ordinanza Ministero della Salute ORDINANZA 6 giugno 2017 Proroga, con modifiche, dell'ordinanza 28 maggio 2015, recante: «Misure straordinarie di polizia veterinaria in materia di tubercolosi, brucellosi bovina e bufalina, brucellosi ovi-caprina, leucosi bovina enzootica». (GU Serie Generale n.145 del 24-06-2017) eradicazione della la brucellosi (BRC) negli allevamenti bovini/bufalini eradicazione della brucellosi (BRC) negli allevamenti ovini/caprini eradicazione della tubercolosi (TBC) negli allevamenti bovini/bufalini, eradicazione della Leucosi bovina enzootica (LEB) negli allevamenti bovini/bufalini	N° Allevamenti controllati / N° totale allevamenti da controllare=80%  N° Allevamenti bovini controllati per BR / N° totale allevamenti bovini da controllare = 80 % N° Allevamenti ovini controllati per BRC / N° totale allevamenti da controllare = 80 % N° Allevamenti controllati per TBC / N° totale allevamenti da controllare= 80 % N° Allevamenti controllati per LEB / N° totale allevamenti da controllare= 80 %	15
2.a	Attuazione dei piani di profilassi delle malattie infettive del bestiame con particolare riferimento a: influenza aviaria, salmonellosi aviaria, scrapie, BSE, malattia vescicolare dei suini, anemia infettiva degli equini, West Nile disease, rabbia Influenza Aviaria:(Piano di sorveglianza per l'influenza aviaria ai sensi della DGSAF n.3475/2017. verifica applicazione norme di biosicurezza negli allevamenti. Salmonellosi aviaria:(Piano Nazionale di controllo delle salmonellosi negli avicoli 2016/2018): prelievi ai fini del Piano nazionale di monitoraggio "scrapie", indagine conoscitiva di genotipizzazione della proteina prionica nella popolazione ovina nazionale "scrapie", Piano di selezione genetica nella popolazione ovina per la resistenza alle Est-Ovine "Encefalopatia spongiforme bovina (BSE):prelievi di obex in azienda su bovini morti di età superiore a 48 mesi. "malattia vescicolare dei suini: campionamento sierologico secondo lo schema riportato negli allegati IV (per allevamenti da ingrasso) e V (per allevamenti a ciclo aperto o chiuso) dell'O.M. 12/04/2008, Anemia infettiva degli equini: (area a rischio basso per AIE) controllo degli equidi di età superiore a 12 mesi esclusivamente in caso di spostamento ("ai fini della introduzione") verso qualsiasi concentrazione di equidi, comprese le stalle di privati cittadini costituite da un solo animale. West Nile disease:attività di sorveglianza che prevede il monitoraggio sierologico a campione su sieri di cavalli per rilevare la presenza di IgM, utili all'identificazione di una recente circolazione del WNV. rabbia: controlli previsti in caso di morsicatura	Relazione sulla situazione Situazione al 31/12/2020 entro il 31/01/2021  N° controlli da effettuare/N° controlli effettuati N° campionamenti ufficiali (previsti al punto 6.3.2 del Piano 2016 - 2018/N° campioni effettuati n° campioni assegnati/N° campioni effettuati n° prelievi di sangue montoni da effettuare/N° campioni effettuati n° interventi richiesti/N° campioni effettuati  n° prelievi da effettuare/N° campioni effettuati  numero di campioni stabiliti dalla regione Puglia per la ASL FG/ N° campioni effettuati numero denunce ricevute/ N° controlli effettuati	15
2.b	con controllo della movimentazione (compreso transumanza) e sorveglianza epidemiologica negli allevamenti infetti: movimentazione capi infetti, per compravendita, la introduzione di animali dall'estero e la transumanza extraregionale, movimentazione per alimentazione con assegnazione codici pascolo:	Relazione sulla situazione Situazione al 31/12/2018 entro il 31/03/2019. n° nuovi allevamenti infetti/N° indagini epidemiologiche effettuate=100	
2.c	Sorveglianza sanitaria sugli allevamenti di acquacoltura: verifica episodi di mortalità nelle specie ittiche; Rilascio l'autorizzazione sanitaria (D.lgs 148/2008 art 4; D.M. 3 agosto 2011); qualifica sanitaria (categoria)	Relazione sulla situazione	
3	Adeguamento al "Piano Regionale dei Controlli Ufficiali in Materia di Sicurezza alimentare. Integrazione per il 2015" (di cui alla Determinazione SPATP n. 220 del 16.06.15): Alimentazione dell'anagrafe del bestiame (BDN) compreso di allevamenti di acquacoltura e georeferenziazione delle aziende inserite in BDN  controllo sugli allevamenti bovini-bufalini, in materia di identificazione e registrazione degli animali controllo sugli allevamenti ovini-caprini, in materia di identificazione e registrazione degli animali controllo sugli allevamenti SUINI, in materia di identificazione e registrazione degli animali controllo sugli allevamenti EQUIDI, in materia di identificazione e registrazione degli animali  controllo sugli allevamenti AVICOLI, in materia di identificazione e registrazione degli animali  controllo sugli allevamenti API, in materia di identificazione e registrazione degli animali	aziende/allevamenti inseriti in BDN/aziende con georeferenziazione; allevamenti attivi/allevamenti con qualifica sanitaria = 100%  il 3% degli allevamenti registrati in BDN a inizio anno il 3% degli allevamenti registrati in bdn a inizio anno il 3% degli allevamenti registrati in bdn a inizio anno il 3% degli allevamenti registrati in bdn con più di 1 capi il 3% degli allevamenti registrati in bdn con più di 250 capi 1% di tutti gli allevamenti di api registrati in banca dati nazionale	15
5	Lotta al randagismo e controllo della popolazione canina aggiornando puntualmente l'anagrafe canina. Denunce per aggressioni da cani randagi . Controlli sui canili sanitari e sui rifugi.	cani randagi catturati identificati/ cani randagi catturati ed iscritti all'Anagrafe canina Regionale = 100% N° canili sanitari/n° controlli=30%	10
7	Miglioramento dell'attività di inserimento dati in SIMAN - sistema informativo malattie animali nazionale(vetinfo) al fine di gestire in maniera omogenea le informazioni sui casi di focolai di malattie infettive, le conseguenti indagini epidemiologiche.	Report annuale	5
8	Potenziamento delle azioni relative al contrasto della Corruzione e della Trasparenza amministrativa	Realizzazione di n. 2 audit interni verbalizzati per portare a conoscenza il Piano aziendale per la Prevenzione e Repressione della Corruzione e della Trasparenza di cui alla delibera n. 228/2018 e per la verifica degli adempimenti ivi contenuti	5
4	Piano delle vaccinazioni antiinfluenzale	N° dipendenti vaccinati/ N° dipendenti	10
5	Formazione ai dipendenti sul corretto uso dei DPI nelle prevenzione dell'esposizione da Covid-19 ed attuazione di comportamenti volti a contenere il contagio	Relazione con l'indicazione delle giornate di formazione	10
6	Collaborazione con le strutture afferenti al dipartimento alle attività inerenti la pandemia Covid-19	Relazione dettagliata	15

IL RAGGIUNGIMENTO DI TUTTI GLI OBIETTIVI RIGUARDA L'INTERA EQUIPE

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

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

IL DIRETTORE DI STRUTTURA

IL DIRETTORE GENERALE

CdR		SIAV AREA B -	
	OBIETTIVI QUALI/QUANTITATIVI	Indicatore/risultato atteso	Peso
1	Attuazione completa e conforme alle procedure, dei Piani dei Campionamenti Microbiologici, Chimici e Fisici Regionali, con la ricerca dei criteri di sicurezza alimentare, degli indicatori di igiene e dei contaminanti. - Attività di controllo per Anisakis	Piano di intervento e rendicontazione delle attività svolte così come previste ed inoltrate alle Regione Puglia	20
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) Ispezione negli impianti di macellazione: - precisa gestione dell'Anagrafe degli Equidi con controlli della regolarità dell'identificazione e dei passaporti; verifica delle rimozioni dei microchips identificativi e relativa custodia; cura del corretto e puntuale scarico in BDN degli equidi macellati; (valido per l'Area NORD) - precisa gestione dell'Anagrafe dei Bovini con controlli della regolarità dell'identificazione e della documentazione di scorta, secondo le disposizioni del Ministero, emanate a seguito dell'eliminazione dell'obbligo del passaporto; cura del corretto e puntuale scarico in BDN dei bovini macellati; (valido per l'Area SUD) - adempimenti circa l'Anagrafe Ovi-caprina; - regolarità delle registrazioni e dei suini macellati in BDN; - verifiche del rispetto delle disposizioni sul benessere e la protezione degli animali durante il trasporto e la macellazione, con la compilazione delle apposite check list; - categorizzazione degli stabilimenti in base al rischio con il numero di controlli ufficiali secondo la relativa classe di rischio; - controlli circa le corrette modalità di smaltimento dei sottoprodotti in base alle vigenti disposizioni normative; - controlli circa le modalità operative (accreditamento di laboratori interni o convenzioni con laboratori esterni) e la puntuale esecuzione della ricerca delle Trichine in ogni capo suino o equino macellato; - prelievo di campioni per la verifica dei criteri di igiene applicabili alle carcasse di ungulati, secondo le normative vigenti; 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) Monitoraggio della presenza di residui di farmaci e contaminanti ambientali negli alimenti di origine animale. f) Valutazione degli esiti analitici ed informazione dei conduttori degli stabilimenti dei risultati degli esami e degli g) Certificazioni sanitarie sui prodotti destinati all'esportazione;	a) Invio elenco aggiornato; b) Pianificazione delle verifiche su base annua; c) rappresentazione sintetica del lavoro effettuato nell'anno precedente, con evidenza degli esiti rispetto alla popolazione verificata. (entro entro 31/03 dell'anno successivo).  report semestrale dove fornire un quadro aggiornato sulle attività elencate e sugli esiti.	30
3	Adeguamento delle modalità di programmazione, pianificazione, esecuzione, registrazione e rendicontazione delle attività dei controlli ufficiali, nella maniera più aderente possibile alle disposizioni, procedure e criteri operativi, del nuovo Piano Regionale dei Controlli (PRC) e s.m.i.	Relazione su base annua	10
4	Potenziamento delle azioni relative al contrasto della Corruzione e della Trasparenza amministrativa	Realizzazione di n. 2 audit interni verbalizzati per portare a conoscenza il Piano aziendale per la Prevenzione e Repressione della Corruzione e della Trasparenza di cui alla delibera n. 228/2018 e per la verifica degli adempimenti ivi contenuti	5
5	Piano delle vaccinazioni antiinfluenzale	N° dipendenti vaccinati/ N° dipendenti	10
6	Formazione ai dipendenti sul corretto uso dei DPI nelle prevenzione dell'esposizione da Covid-19 ed attuazione di comportamenti volti a contenere il contagio	Relazione con l'indicazione delle giornate di formazione	10
7	Collaborazione con le strutture afferenti al dipartimento alle attività inerenti la pandemia Covid-19	Relazione	15

IL RAGGIUNGIMENTO DI TUTTI GLI OBIETTIVI RIGUARDA L'INTERA EQUIPE

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

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

IL DIRETTORE DI STRUTTURA

IL DIRETTORE GENERALE

CdR	SIAV AREA C		Peso
	OBIETTIVI QUALI/QUANTITATIVI	Indicatore/risultato atteso	
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 31/12/2020	5
2	Controllo e vigilanza sulla distribuzione ed impiego del farmaco veterinario: controllo e registrazione ricette.	1) N° Allevamenti controllati / N° totale allevamenti da controllare= 100 % rispetto alla programmazione Regionale ( PRIC) e di ASL FG (PLC); 2) N° ricette registrate e controllate /N° ricette pervenute= 50%	10
3	CONTROLLI UFFICIALI, ex Reg. CE 882/2004/CE, previsti dal PRIC Regione Puglia 2017-2018 e dal vigente Piano Locale dei Controlli ASL FG  a) Atti di farmaco-sorveglianza:farmacie,depositi all'ingrosso, armadietti farmaceutici, schede compilate; · Autorizzazione alla detenzione di scorte di medicinali veterinari (100%); · Validazione 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.	a) Esiti del Controllo Ufficiale su base annua; b) rappresentazione sintetica dei Controlli Ufficiali con evidenza degli esiti rispetto alla programmazione Regionale (PRIC) e di ASL FG (PLC) ( 50%)	20
4	Migliorare il tasso di esecuzione delle sentenze sfavorevoli di condanna: fornire informativa documentata alla Struttura Burocratico-legale entro 25 gg. dal ricevimento della richiesta per la relativa opposizione entro i termini di legge.	SI/NO in contraddittorio con la SBL	5
5	Progetto Obiettivo interdisciplinare ( SIAV C e SIAV B) Controllo dell'intera filiera e dell'utilizzo e dello smaltimento delle reti nelle attività di Molluschicoltura	Relazione su base annua	10
6	Progetto obiettivo interdisciplinare ( SIAV C e SIAV B) Antibioticoresistenza controllo dell'uso degli antibiotici negli allevamenti e verifica negli alimenti di origine animale	Relazione su base annua	10
7	Potenziamento delle azioni relative al contrasto della Corruzione e della Trasparenza amministrativa	Realizzazione di n. 2 audit interni verbalizzati per portare a conoscenza il Piano aziendale per la Prevenzione e Repressione della Corruzione e della Trasparenza di cui alla delibera n. 228/2018 e per la verifica degli adempimenti ivi contenuti	5
5	Piano delle vaccinazioni antiinfluenzale	N° dipendenti vaccinati/ N° dipendenti	10
6	Formazione ai dipendenti sul corretto uso dei DPI nelle prevenzione dell'esposizione da Covid-19 ed attuazione di comportamenti volti a contenere il contagio	Relazione con l'indicazione delle giornate di formazione	10
7	Collaborazione con le strutture afferenti al dipartimento alle attività inerenti la pandemia Covid-19	Relazione	15

IL RAGGIUNGIMENTO DI TUTTI GLI OBIETTIVI RIGUARDA L'INTERA EQUIPE

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

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

IL DIRETTORE DI STRUTTURA

IL DIRETTORE GENERALE

2020

13 - DIPARTIMENTO FARMACEUTICO SERVIZIO TERRITORIALE - ASL FG Foggia

CdR

**DIREZIONE DIPARTIMENTO  
FARMACEUTICO SERVIZIO TERRITORIALE**

	OBIETTIVI QUALI/QUANTITATIVI	Indicatore/risultato atteso	Peso
1	Attuazione di percorsi volti ad incentivare la prescrizione di molecole a brevetto scaduto o a costo inferiore da parte dei MMG	% Molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza [Indicatori MES: F12a.6-Derivati Diidropiridinici (Antiipertensivi); F12a.9-Fluorochinoloni (Antibiotici); F12a.2-Statine (Ipolipemizzanti); F12a.7-ACE Inibitori (Antiipertensivi); F12.11a-Sartani] = 80%	10
2	Recupero della spesa farmaceutica a favore dei pazienti stranieri domiciliati nell'Asl Foggia relativamente all'anno 2019	Relazione dettagliata	15
3	Diminuzione della Spesa Farmaceutica convenzionata	Spesa lorda pro capite pesata farmaci di fascia A attraverso le farmacie convenzionate (OSMED) - Sistema Direzionale Edotto = 164 euro	10
4	Attività di monitoraggio nei confronti dei medici prescrittori relativamente all'utilizzo di farmaci vincitori di gare/accordo quadro regionali	Relazione dettagliata con l'indicazione della % d'incidenza dei farmaci vincitori di gara nei pazienti naive e nei pazienti on going	15
5	Attività di controllo sull'utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA	Relazione dettagliata con l'indicazione della % delle richieste di rimborso rispetto al totale dittrattamenti chiusi	10
6	Miglioramento dei propri tempi medi di pagamento relativi ad acquisti di beni, servizi e forniture	Tempo medio intercorrente tra la registrazione della fattura e la determina di liquidazione = 25 gg.	10
7	Rispetto della normativa vigente, degli standard e delle disposizioni regionali in materia di Sanità elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali e aziendali.	I dati e le informazioni dovranno essere trasmessi entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso informativo secondo le indicazioni e i termini previste dalla Deliberazione di G.R. n. 294/2018	5
8	Piano delle vaccinazioni antinfluenzali	N° dipendenti vaccinati /n° dipendenti	10
9	Formazione ai dipendenti sul corretto uso dei dispositivi di protezione individuale nella prevenzione dell'esposizione dal Covid-19 ed attuazione di comportamenti volti a contenere il contagio	Relazione circostanziata con l'indicazione delle giornate di formazione	15

IL RAGGIUNGIMENTO DI TUTTI GLI OBIETTIVI RIGUARDA L'INTERA EQUIPE

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

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

IL DIRETTORE DI STRUTTURA

2020	14 - SERVIZIO FARMACEUTICO OSPEDALIERO - ASL FG Foggia		
CdR	DIREZIONE AREA GESTIONE SERVIZIO FARMACEUTICO OSPEDALIERO		
	OBIETTIVI QUALI/QUANTITATIVI	Indicatore/risultato atteso	Peso
1	Adesione all'impiego dei farmaci vincitori di gare/accordo quadro regionali nei pazienti di nuova diagnosi e rivalutazione dei trattamenti in corso	% Incidenza dei farmaci vincitori di gara nei pazienti naive 95% e nei pazienti on going 60%	15
2	Uso ospedaliero appropriato degli antibiotici al fine del controllo delle resistenze batteriche	Riduzione dei consumi in DDD rispetto al 2019	15
3	Incremento della distribuzione diretta del primo ciclo terapeutico a seguito di dimissione ospedaliera o visita ambulatoriale	Numero di accessi in distribuzione diretta al primo ciclo terapeutico = 80% dei pazienti in dimissione con erogazione di primo ciclo di terapia	10
4	Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA	1) % Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi > 95%; 2) % Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi > 95%	15
5	Miglioramento dei propri tempi medi di pagamento relativi ad acquisti di beni, servizi e forniture	Tempo medio intercorrente tra la registrazione della fattura e la determina di liquidazione = 25 gg.	10
6	Piano operativo per la razionalizzazione quali/quantitativa dei DPI in emergenza Covid-19 in concerto con le direzioni mediche di presidio ed i medici competenti	Relazione	10
7	Piano vaccinale antiinfluenzale	N° dipendenti vaccinati/N° dipendenti	10
8	Formazione ai dipendenti sul corretto uso dei DPI nelle prevenzione dell'esposizione da Covid-19 ed attuazione di comportamenti volti a contenere il contagio	Relazione circostanziata con l'indicazione delle giornate di formazione	15

IL RAGGIUNGIMENTO DI TUTTI GLI OBIETTIVI RIGUARDA L'INTERA EQUIPE

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

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

IL DIRETTORE DI STRUTTURA

IL DIRETTORE GENERALE

2020	15 - COORDINAMENTO EMERGENZA / URGENZA - ASL FG Foggia		
CdR	COORDINAMENTO EMERGENZA / URGENZA		
	OBIETTIVI QUALI/QUANTITATIVI	Indicatore/risultato atteso	Peso
1	Predisporre, entro il 30 marzo di ciascun esercizio, una relazione che evidenzi l'attività svolta da ciascuna postazione della rete nell'esercizio precedente, raggruppando gli interventi per codice e nel caso, luogo di ricovero del paziente.	N° 1 report annuale	5
2	Fornire, per postazione, con frequenza trimestrale, il rendiconto delle attività erogate suddiviso per tipologia di intervento e luogo di ricovero del paziente	N° 4 Report trimestrali	5
3	Riorganizzazione rete emergenza-urgenza: attuazione disposizioni regionali sulla riconversione dei PPI in PPIT	Supporto alla Direzione nel rispetto alle indicazioni contenute nella DGR n. 129/2018 (Programma Operativo 2016-2018)	5
4	Intervallo allarme - Target dei mezzi di Soccorso	Miglioramento performance 2018	10
5	Rendiconto degli interventi con elisoccorso: trasporto di pazienti non appartenenti all'ASL suddiviso per ASL competente ai fini della richiesta di Mobilità attiva.	N° 2 Report semestrali	10
6	Miglioramento dei propri tempi medi di pagamento relativi ad acquisti di beni, servizi e forniture - Indice di Tempestività dei Pagamenti ( ITP ), calcolato secondo la formula di cui al DPCM 22/9/2014.	Indicatore di tempestività dei pagamenti = 0	10
7	Gestione del Budget assegnato con Delibera Aziendale n. 1750/2019 sui programmi di spesa. Monitoraggio continuo ed analisi trimestrale sullo stato di avanzamento e sulle cause di scostamento del budget assegnato nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget.	Spesa sostenuta = budget assegnato. Relazione finale sullo stato di avanzamento del Budget e sulle cause degli eventuali scostamenti nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget.	5
8	Rispetto del Budget assegnato annualmente sullo straordinario, reperibilità e indennità chilometrica. Monitoraggio continuo ed analisi trimestrale sullo stato di avanzamento e sulle cause di scostamento del budget assegnato nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget.	Spesa sostenuta = budget assegnato. Relazione finale sullo stato di avanzamento del Budget e sulle cause degli eventuali scostamenti nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget.	5
9	Rispetto della normativa vigente, degli standard e delle disposizioni regionali in materia di Sanità elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali/ministeriali.	I dati e le informazioni dovranno essere trasmessi entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso informativo secondo le indicazioni e i termini previste dalle Deliberazioni di G.R.	5
10	Monitoraggio delle attività delle associazioni di volontariato	Report semestrale	5
11	Formazione BLS/D	Organizzazione corsi di formazione per il personale del servizio civile ASL FG	10
12	In collaborazione con Dipartimento di Prevenzione attività di monitoraggio di tutto il personale 118 ( sanitaservice e associazioni di volontariato) al fine del tracciamento dei contatti	Relazione	10
13	Formazione ai dipendenti sul corretto uso dei dispositivi di protezione individuale nella prevenzione dell'esposizione dal Covid-19 ed attuazione di comportamenti volti a contenere il contagio	Relazione circostanziata con l'indicazione delle giornate di formazione	10
14	Piano delle vaccinazioni antinfluenzali	N° dipendenti vaccinati/N° dipendenti	5

IL RAGGIUNGIMENTO DI TUTTI GLI OBIETTIVI RIGUARDA L'INTERA EQUIPE

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

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

2020

## 17 - AREE AZIENDALI - ASL FG Foggia

CdR

## AREA GESTIONE RISORSE UMANE

	OBIETTIVI QUALI/QUANTITATIVI	Indicatore/risultato atteso	peso
1	Monitoraggio continuo ed analisi trimestrale sullo stato di avanzamento dei budget dello straordinario, delle indennità chilometrica e reperibilità. Analisi sullo stato di avanzamento e sulle cause di scostamento del budget assegnato nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget	Trasmissione reportistica trimestrale al CDG e alle Strutture.	5
2	Predisposizione piano ferie annuale, monitoraggio utilizzo ferie da parte del personale della struttura in conformità a quanto previsto dai CCNL e regolamenti aziendali e utilizzo CartWeb del sistema informativo aziendale per le richieste, autorizzazioni, ferie e mancate timbrature; monitoraggio continuo sull'utilizzo delle ferie da parte del personale delle altre Macrostrutture	Indicatore/risultato atteso: monitoraggio ferie residue e utilizzo CartWeb = 100%	10
3	Monitoraggio continuo del Fabbisogno del personale.	SI/NO: in attuazione delle disposizioni regionali	10
4	Effettuazione delle Procedure di Arruolamento del Personale secondo cronoprogramma predisposto con la Direzione Strategica	Rispetto del Cronoprogramma predisposto con la Direzione Strategica: attuazione superiore ad 80%	15
5	Migliorare il tasso di esecuzione delle sentenze sfavorevoli di condanna (decreti ingiuntivi): fornire informativa documentata alla Struttura Burocratico-legale entro i termini fissati dalla struttura stessa nella nota di trasmissione del decreto ingiuntivo	SI/NO in contraddittorio con la SBL	5
6	Miglioramento dei propri tempi medi di pagamento sui conti che confluiscono nel budget assegnato (convenzioni) e pubblicazione sul sito aziendale	Indicatori di tempestività dei pagamenti: 1. emettere il provvedimento di liquidazione entro n. 25 giorni dalla data di registrazione fattura per la parte dei rapporti a convenzione per i quali il pagamento è a presentazione fattura; 2. per le case di cura private accreditate, adeguamento alle disposizioni regionali	5
7	Riorganizzazione delle attività degli uffici rilevazione presenze e definizione di una Procedura per la gestione delle Timbrature	Trasmissione organigramma e compiti assegnati e Procedura comprendente i Livelli di Abilitazione dei Profili e un Piano dei Controlli	15
8	Applicazione delle prescrizioni contenute nel Codice di Comportamento di cui alla delibera n. 26/2017 e di tutti gli obblighi in esso previsti.	Realizzazione di n. 2 audit interni verbalizzati per portare a conoscenza il Cod. di Comport. a tutti i dipendenti ed attività poste in essere per il rispetto dello stesso.	10
9	Piano di adeguamento ai requisiti per la certificazione del bilancio (PAC) aziendale	Adeguamento alle indicazioni contenute nel Manuale delle procedure amministrativo - contabili adottato con delibera DG n.914/2016 = SI / NO	5
10	Debito informativo: riscontro alle richieste provenienti dalla Regione e dalla Corte dei Conti entro i termini previsti.	numero riscontri effettuati entro la data prevista / numero richieste pervenute	10
11	Applicazione delle prescrizioni contenute nel Piano della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (delib. N. 131/2019) e di tutti gli obblighi in esso previsti. - Adempimenti Privacy	Realizzazione di n. 2 audit interni verbalizzati per portare a conoscenza il PTCT. Individuazione delle attività a rischio e dei meccanismi adottati per prevenirle. Osservanza degli obblighi di trasparenza e pubblicazione dei dati sul sito Amm.ne Trasparente. N. 1 audit per la verifica dell'adeguamento agli adempimenti in materia di Privacy	10

IL RAGGIUNGIMENTO DI TUTTI GLI OBIETTIVI RIGUARDA L'INTERA EQUIPE

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

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

IL DIRETTORE DI STRUTTURA

IL DIRETTORE GENERALE

CdR	AREA GESTIONE RISORSE ECONOMICHE E FINANZIARIE		
	OBIETTIVI QUALI/QUANTITATIVI	Indicatore/risultato atteso	peso
1	Predisposizione piano ferie annuale, monitoraggio utilizzo ferie da parte del personale della struttura in conformità a quanto previsto dai CCNL e regolamenti aziendali e utilizzo CartWeb del sistema informativo aziendale per le richieste, autorizzazioni, ferie e mancate timbrature; monitoraggio continuo sull'utilizzo delle ferie da parte del personale delle altre Macrostrutture	Indicatore/risultato atteso: monitoraggio ferie residue e utilizzo CartWeb = 100%	5
2	Rispetto del Budget assegnato annualmente sullo straordinario e indennità chilometrica. Monitoraggio continuo ed analisi trimestrale sullo stato di avanzamento e sulle cause di scostamento del budget assegnato nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget.	Spesa sostenuta = budget assegnato. Relazione finale sullo stato di avanzamento del Budget e sulle cause degli eventuali scostamenti nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget.	5
3	Gestione del Budget assegnato annualmente con Delibera Aziendale n.1750/2019 sui programmi di spesa. Predisposizione di procedure di Controllo e Monitoraggio continuo ed analisi trimestrale sullo stato di avanzamento e sulle cause di scostamento del budget assegnato nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget.	Spesa sostenuta = budget assegnato. Relazione finale sullo stato di avanzamento del Budget e sulle cause degli eventuali scostamenti nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget.	15
4	Miglioramento dei propri tempi medi di pagamento relativi ad acquisti di beni, servizi e forniture e pubblicazione sul sito aziendale del relativo indicatore (ai sensi della L. 69/2009, art. 23, comma 5).	Indicatore di tempestività dei pagamenti: eseguire l'ordine di pagamento entro n. 15 giorni dalla data di ricezione del provvedimento.	10
5	Monitoraggio situazione debitoria anni pregressi per macrostruttura e assegnazione ai centri liquidatori con richiesta di liquidazione ovvero di relazione tempestiva in merito ad eventuali criticità o discordanze	Attivazione della procedura di sollecito alle strutture che evidenziano un ritardo nell'attività di liquidazione delle fatture da effettuare entro 20 gg. dall'invio della fattura	10
6	Registrazione fatture entro 10 gg lavorativi dal ricevimento	Media (Data registrazione fattura - Data ricevimento)	10
7	Deflazionamento del contenzioso	1) Procedure condivise con SBL e AGRU	5
8	Riduzione del contenzioso da parte delle ditte: riscontrare i solleciti ed invitare gli uffici liquidatori alla liquidazione o eventuale contestazione. Invio nota entro 5 gg agli uffici liquidatori con documentazione a supporto e monitoraggio della situazione fino a conclusione.	> 80% dei contenzioso	10
9	Aggiornamento e attuazione delle procedure amministrative in linea con le procedure di revisione stabilite nel PAC (Piano attuativo per la certificazione del Bilancio)	Adeguamento alle indicazioni contenute nel Manuale delle procedure amministrativo - contabili adottato con delibera DG n.914/2016 = SI / NO	10
10	Rispetto della normativa vigente, degli standard e delle disposizioni regionali in materia di Sanità elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali e aziendali.	i dati e le informazioni dovranno essere trasmessi entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso informativo secondo le indicazioni e i termini previste dalle Deliberazioni di G.R.	10
11	Applicazione delle prescrizioni contenute nel Piano della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (delib. N. 131/2019) e di tutti gli obblighi in esso previsti. - Adempimenti Privacy	Realizzazione di n. 2 audit interni verbalizzati per portare a conoscenza il PTCT. Individuazione delle attività a rischio e dei meccanismi adottati per prevenirle. Osservanza degli obblighi di trasparenza e pubblicazione dei dati sul sito Amm.ne Trasparente. N. 1 audit per la verifica dell'adeguamento agli adempimenti in materia di Privacy	10

IL RAGGIUNGIMENTO DI TUTTI GLI OBIETTIVI RIGUARDA L'INTERA EQUIPE

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

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

IL DIRETTORE DI STRUTTURA

IL DIRETTORE GENERALE

2020

## 17 - AREE AZIENDALI - ASL FG Foggia

CdR	AREA GESTIONE TECNICA		
	OBIETTIVI QUALI/QUANTITATIVI	Indicatore/risultato atteso	peso
1	Predisposizione piano ferie annuale, monitoraggio utilizzo ferie da parte del personale della struttura in conformità a quanto previsto dai CCNL e regolamenti aziendali e utilizzo CartWeb del sistema informativo aziendale per le richieste, autorizzazioni, ferie e mancate timbrature; monitoraggio continuo sull'utilizzo delle ferie da parte del personale delle altre Macrostrutture	Indicatore/risultato atteso: monitoraggio ferie residue e utilizzo CartWeb = 100%	5
2	Rispetto del Budget assegnato annualmente sullo straordinario e indennità chilometrica. Monitoraggio continuo ed analisi trimestrale sullo stato di avanzamento e sulle cause di scostamento del budget assegnato nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget.	Spesa sostenuta = budget assegnato. Relazione finale sullo stato di avanzamento del Budget e sulle cause degli eventuali scostamenti nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget.	5
3	Gestione del Budget assegnato annualmente con Delibera Aziendale n. 1750/2019 sui programmi di spesa. Monitoraggio continuo ed analisi trimestrale sullo stato di avanzamento e sulle cause di scostamento del budget assegnato nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget.	Spesa sostenuta = budget assegnato. Relazione entro il 30 del mese successivo alla chiusura del trimestre sullo stato di avanzamento del Budget e sulle cause degli eventuali scostamenti nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget.	10
4	Avanzamento del Piano Pluriennale degli Investimenti per Interventi infrastrutturali a valere sui fondi POR 2014-2020 e con altri finanziamenti esterni alla ASL secondo Cronoprogramma definito con la Direzione Strategica	Predisposizione su ciascun finanziamento del quadro economico di attuazione. Entro il 30 giugno 2019 rendiconto dei programmi; relazione mensile sullo stato di attuazione rispetto al cronoprogramma concordato con la Direzione Strategica: attuazione superiore ad 80%	15
5	Capitalizzazione dei costi di manutenzione straordinaria siano essi in amministrazione diretta o affidati.	Rendiconto entro il 30 giugno 2019 dei lavori in corso; entro il 31 gennaio 2020 rendiconto delle commesse chiuse e delle commesse aperte.	5
6	Regolarizzazione delle comunicazioni all'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) sui contratti Pubblici delle U.O.S. competenti	100%	5
7	Regolarizzazione degli Adempimenti IMU -TARI	Definizione della situazione al 30 luglio 2019 Regolarizzazioni effettuate	N° 10
8	Gestione del Patrimonio Immobiliare: 1) Monitoraggio e censimento delle strutture - Inventarizzazione dei Beni Immobili tra disponibili ed indisponibili	punto 1) : Inventario degli immobili da reddito anche ai fini del popolamento del Libro Cespiti punto 2) : SI/NO	5
9	In attuazione e secondo i criteri della normativa vigente ricorso a Consip Spa e altri soggetti per lo svolgimento delle relative procedure di adesione (D. Lgs. 50/2016)	Valore degli acquisti attraverso convenzioni > 2019	5
10	Miglioramento dei propri tempi medi di pagamento relativi ad acquisti di beni, servizi e forniture e pubblicazione sul sito aziendale del relativo indicatore (ai sensi della L. 69/2009, art. 23, comma 5).	Indicatore di tempestività dei pagamenti: eseguire l'ordine di pagamento entro n. 20 giorni dalla data di ricezione del provvedimento.	10
11	Adozione del Piano triennale per la verifica dei requisiti ai fini dell'accreditamento istituzionale ed esecuzione dello stesso entro i tempi e modi stabiliti	Predisposizione Piano entro i tempi e i modi stabiliti. Relazione semestrale che evidenzia lo stato di attuazione.	5
12	Debito informativo: riscontro alle richieste provenienti dalla Regione e dalla Corte dei Conti entro i termini previsti.	Numero riscontri effettuati entro la data prevista /numero richieste pervenute	10
13	Applicazione delle prescrizioni contenute nel Piano della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (delib. N. 131/2019) e di tutti gli obblighi in esso previsti. - Adempimenti Privacy	Realizzazione di n. 2 audit interni verbalizzati per portare a conoscenza il PTCT. Individuazione delle attività a rischio e dei meccanismi adottati per prevenirle. Osservanza degli obblighi di trasparenza e pubblicazione dei dati sul sito Amm.ne Trasparente. N. 1 audit per la verifica dell'adeguamento agli adempimenti in materia di Privacy	10

IL RAGGIUNGIMENTO DI TUTTI GLI OBIETTIVI RIGUARDA L'INTERA EQUIPE

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

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

IL DIRETTORE DI STRUTTURA

IL DIRETTORE GENERALE

2020

## 17 - AREE AZIENDALI - ASL FG Foggia

CdR	AREA GESTIONE DEL PATRIMONIO		
	OBIETTIVI QUALI/QUANTITATIVI	Indicatore/risultato atteso	peso
1	Predisposizione piano ferie annuale, monitoraggio utilizzo ferie da parte del personale della struttura in conformità a quanto previsto dai CCNL e regolamenti aziendali e utilizzo CartWeb del sistema informativo aziendale per le richieste, autorizzazioni, ferie e mancate timbrature	Indicatore/risultato atteso: monitoraggio ferie residue e utilizzo CartWeb = 100%	5
2	Rispetto del Budget assegnato annualmente sullo straordinario e indennità chilometrica. Monitoraggio continuo ed analisi trimestrale sullo stato di avanzamento e sulle cause di scostamento del budget assegnato nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget.	Spesa sostenuta = budget assegnato. Relazione finale sullo stato di avanzamento del Budget e sulle cause degli eventuali scostamenti nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget.	5
3	Gestione del Budget assegnato annualmente con Delibera Aziendale n. 1750/2019 sui programmi di spesa. Monitoraggio continuo ed analisi trimestrale sullo stato di avanzamento e sulle cause di scostamento del budget assegnato nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget.	Spesa sostenuta = budget assegnato. Relazione entro il 30 del mese successivo alla chiusura del trimestre sullo stato di avanzamento del Budget e sulle cause degli eventuali scostamenti nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget.	5
4	Acquisto di beni e servizi alle migliori condizioni di mercato. In attuazione e secondo i criteri della normativa vigente, le ASL per tutte le categorie di beni e servizi nonché per le soglie individuate entro il 31 dicembre di ogni anno con apposito DPCM, ricorrono a Consip SPA e agli altri Soggetti Aggregatori	Relazione mensile sullo stato di attuazione rispetto al cronoprogramma concordato con la Direzione Strategica: attuazione superiore ad 80%	10
5	Procedura aperta, di cui all'art.60 del D.leg.vo n. 50/2016 e ss.mm.ii. in forma telematica, ai sensi dell'art.58 del medesimo decreto, per l'affidamento dell " Fornitura di ambulanze di tipo A" in unione d'acquisto tra ASL FG (capofila) -ASL BAT-ASL BARI- AOU. OO.RR. di Foggia- ASL TA	Espletamento della procedura di affidamento in cui l'ASL FG svolge il ruolo di azienda capofila per le Aziende del SSR	10
6	Procedura per l'affidamento della gestione di due gruppi appartamenti di cui all'art. 3 del Regolamento Regionale n.7/2002 e s.m.i.di proprietà dell'ASL FG	Indizione ed espletamento della procedura di affidamento	10
7	Miglioramento dei propri tempi medi di pagamento relativi ad acquisti di beni, servizi e forniture e pubblicazione sul sito aziendale del relativo indicatore (ai sensi della L. 69/2009, art. 23, comma 5).	Tempo medio intercorrente tra la registrazione della fattura e la determina di liquidazione = 20 gg.	10
8	Procedura per l'affidamento del Servizio di vigilanza per le strutture dell'ASL FG	Indizione ed espletamento della procedura di affidamento	5
9	Regolarizzazione delle comunicazioni e dei flussi informativi all'ANAC	I dati e le informazioni dovranno essere trasmessi entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso informativo secondo le indicazioni e i termini previsti dall'ANAC	5
10	Piano di adeguamento ai requisiti per la certificazione del bilancio (PAC) aziendale	Adeguamento alle indicazioni contenute nel Manuale delle procedure amministrativo - contabili adottato con delibera DG n.914/2016 = SI / NO	10
11	Debito informativo: riscontro alle richieste provenienti dalla Regione e dalla Corte dei Conti entro i termini previsti.	Numero riscontri effettuati entro la data prevista /numero richieste pervenute	10
12	Tutti i processi inerenti l'acquisto di beni e servizi devono essere resi pubblici sul sito aziendale, nella sezione "amministrazione Trasparente". La pubblicazione sul sito aziendale, unitamente all'emissione dell'ordine informatizzato del sistema contabile, è condizione necessaria per qualsiasi processo di acquisto di beni e servizi all'interno dell'ASL.	Pubblicazione sul sito di tutti gli atti amministrativi richiesti (da individuare)	5
13	Applicazione delle prescrizioni contenute nel Piano della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (delib. N. 131/2019) e di tutti gli obblighi in esso previsti. - Adempimenti Privacy	Realizzazione di n. 2 audit interni verbalizzati per portare a conoscenza il PTCT. Individuazione delle attività a rischio e dei meccanismi adottati per prevenirle. Osservanza degli obblighi di trasparenza e pubblicazione dei dati sul sito Amm.ne Trasparente. N. 1 audit per la verifica dell'adeguamento agli adempimenti in materia di Privacy	10

II RAGGIUNGIMENTO DI TUTTI GLI OBIETTIVI RIGUARDA L'INTERA EQUIPE

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

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

IL DIRETTORE DI STRUTTURA

II DIRETTORE GENERALE

2020

## 17 - AREE AZIENDALI - ASL FG Foggia

CdR	AREA COORDINAMENTO DEI SERVIZI SOCIO SANITARI		
	OBIETTIVI QUALI/QUANTITATIVI	Indicatore/risultato atteso	peso
1	Gestione dei rapporti convenzionali con gli Enti Locali e le strutture socio-sanitarie accreditate per l'erogazione delle prestazioni socio-sanitarie	N° verifiche effettuate / n° verifiche programmate = 100%	15
2	Monitorare il fabbisogno dei posti letto per l'assistenza residenziale e semiresidenziale, verificando l'omogeneità dei livelli di assistenza garantiti, anche sotto il profilo dei costi sostenuti e della ripartizione delle risorse tra Fondo Sanitario Nazionale e Fondo delle Politiche Sociali	Report annuale e proposta di delibera in collaborazione con i DSS e il Dipartimento di Riabilitazione	15
3	Verificare, controllare, liquidare e rendicontare le attività svolte presso le strutture territoriali presenti ed operanti nella ASL FG (RSSA) entro i tempi stabiliti dalle norme	Rendicontazione semestrale nell'ambito del proprio budget	10
4	Accordi contrattuali con le strutture sanitarie e socio-sanitarie private accreditate (strutture che erogano prestazioni in regime di ricovero ed in regime ambulatoriale; RSA; RSSA)	Sottoscrizione accordi secondo lo schema-tipo di riferimento entro il 31/3/2019 (per RSA ed RSSA a scadenza contratto) (SI/NO)	10
5	Gestione del Budget assegnato annualmente con Delibera Aziendale n. 1750/2019 sui programmi di spesa. Monitoraggio continuo ed analisi trimestrale sullo stato di avanzamento e sulle cause di scostamento del budget assegnato nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget.	Spesa sostenuta = budget assegnato. Relazione entro il 30 del mese successivo alla chiusura del trimestre sullo stato di avanzamento del Budget e sulle cause degli eventuali scostamenti nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget.	5
6	Miglioramento dei propri tempi medi di pagamento relativi ad acquisti di beni, servizi e forniture e pubblicazione sul sito aziendale del relativo indicatore (ai sensi della L. 69/2009, art. 23, comma 5).	Indicatore di tempestività dei pagamenti: emettere il provvedimento di liquidazione entro n. 20 giorni dalla data di registrazione fattura.	15
7	Dare attuazione a quanto previsto dalla vigente normativa regionale -L.R. n. 9/2017-R.R.n.4/2019-R.R. n.5/2019 -e predisporre la modulistica specifica da utilizzare da parte dei distretti socio-sanitari dell'Asl FG e da parte dei soggetti pubblici/ privati titolari e gestori delle strutture socio-sanitarie operanti in regime contrattuale con l'ASL FG	SI/NO	10
8	Perseguire, sul piano istituzionale, gestionale e professionale, l'integrazione dei servizi sanitari con i servizi sociali e socio-assistenziali degli Enti pubblici e/o privati, Onlus, organizzazioni di volontariato, cooperative sociali ed associazioni di promozione sociale operanti sul territorio, ovvero gestiti direttamente dalla ASL FG su delega degli Enti Locali	SI/NO (relazione)	10
9	Concorrere con il Responsabile della Corruzione (RPC) all'attività di controllo, prevenzione e contrasto della corruzione e dell'illegalità, in attuazione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione dell'ASL FG 2016-2018 (delibera DG n. 109 dell'8.02.2016).	Realizzazione di n. 2 audit interni verbalizzati per portare a conoscenza il PTCT. Individuazione delle attività a rischio e dei meccanismi adottati per prevenirle. Osservanza degli obblighi di trasparenza e pubblicazione dei dati sul sito Amm.ne Trasparente. N. 1 audit per la verifica dell'adeguamento agli adempimenti in materia di Privacy	10

II RAGGIUNGIMENTO DI TUTTI GLI OBIETTIVI RIGUARDA L'INTERA EQUIPE

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

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

IL DIRETTORE DI STRUTTURA

IL DIRETTORE GENERALE

2020

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

CdR

## S.C. BUROCRATICO LEGALE

	OBIETTIVI QUALI/QUANTITATIVI	Indicatore/risultato atteso	peso
1	Deflazionamento del contenzioso	Uniformità di difese, ove possibile, per contenziosi aventi lo stesso titolo del giudizio	10
2	<p>Aggiornamento in tempo reale dell'inventario permanente delle pratiche di contenzioso suddiviso per tipologia di contenzioso, con l'indicazione <u>per ciascuna procedura, qualora sia quantificato nel giudizio dalle competenti aree coinvolte nel contenzioso:</u></p> <p>a) Legale incaricato;  b) stima del danno a carico della azienda (sorte capitale, interessi e spese legali);  c) fase del contenzioso; d) percentuale di rischio di soccombenza;  e) altre informazioni utili ad inquadrare sinteticamente la situazione.</p>	Inventario aggiornato Si/NO	10
3	<p>Aggiornamento in tempo reale dell'inventario permanente delle pratiche di contenzioso, relative all'Ufficio sinistri, suddiviso per tipologia di contenzioso, con l'indicazione <u>per ciascuna procedura qualora sia quantificato nel giudizio dalle competenti aree coinvolte nel contenzioso:</u></p> <p>a) Legale incaricato;  b) stima del danno a carico della azienda (sorte capitale, interessi e spese legali);  c) eventuale copertura del danno nel caso di assicurazioni;  d) fase del contenzioso;  e) percentuale di rischio di soccombenza</p>	Inventario aggiornato Si/No	10
4	Gestione del Budget assegnato con Delibera Aziendale n. 1750/2019 sui programmi di spesa. Monitoraggio continuo ed analisi trimestrale sullo stato di avanzamento e sulle cause di scostamento del budget assegnato nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget.	Spesa sostenuta = budget assegnato. Relazione entro il 30 del mese successivo alla chiusura del trimestre sullo stato di avanzamento del Budget e sulle cause degli eventuali scostamenti nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget.	15
5	Rispetto del Budget assegnato annualmente sullo straordinario e indennità chilometrica. Monitoraggio continuo ed analisi trimestrale sullo stato di avanzamento e sulle cause di scostamento del budget assegnato nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget.	Spesa sostenuta = budget assegnato. Relazione finale sullo stato di avanzamento del Budget e sulle cause degli eventuali scostamenti nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget.	10
6	Rispetto degli adempimenti reattivi alle Gestioni Liquidatorie ( per SBL e US)	Rendiconti trimestrali sulla spesa e sullo stato del contenzioso, inviate alla Regione Puglia e AGREF; costante adeguamento delle nuove procedure concordate con il competente ufficio regionale; report annuale delle delibere adottate dal Commissario Liquidatore con indicazione della spesa	10

**2020****18 - UFFICI DI STAFF ALLA DIREZIONE - ASL FG Foggia**

<b>7</b>	Aumento delle cause affidate a legali interni e riduzione delle cause affidate al legali esterni	numero cause affidate all'esterno / Numero cause totali	<b>10</b>
<b>8</b>	Potenziamento delle Azioni di miglioramento della Trasparenza Amministrativa ( per SBL e US)	Predisposizione e aggiornamento di un Avviso per la formazione di elenchi di Avvocati del libero Foro cui conferire incarichi difensivi ( SI/NO)	<b>10</b>
<b>9</b>	Applicazione delle prescrizioni contenute nel Piano della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (delib. N. 131/2019) e di tutti gli obblighi in esso previsti. - Adempimenti Privacy	Realizzazione di n. 2 audit interni verbalizzati per portare a conoscenza il PTCT. Individuazione delle attività a rischio e dei meccanismi adottati per prevenirle. Osservanza degli obblighi di trasparenza e pubblicazione dei dati sul sito Amm.ne Trasparente. N. 1 audit per la verifica dell'adeguamento agli adempimenti in materia di Privacy	<b>15</b>

IL RAGGIUNGIMENTO DI TUTTI GLI OBIETTIVI RIGUARDA L'INTERA EQUIPE

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

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

IL DIRETTORE DI STRUTTURA

IL DIRETTORE GENERALE

**2020****18 - UFFICI DI STAFF ALLA DIREZIONE - ASL FG Foggia****CdR S.C. CONTROLLO DI GESTIONE**

	OBIETTIVI QUALI/QUANTITATIVI	Indicatore/risultato atteso	peso
1	Piano dei Centri di Costo	Aggiornamento Piano dei Centri di Costo a seguito delle nuove Determinazioni aziendali periodico = SI/NO	15
2	Concorre con la Direzione Strategica alla definizione, rimodulazione e negoziazione degli obiettivi per ciascuna struttura complessa e/o CdR	elaborazione e rielaborazione Obiettivi specifici di attività 2020 e relative schede = SI/NO	20
3	Predisposizione nuovi modelli LA	SI/NO	15
4	Predisposizione nuovi modelli CP	SI/NO	15
5	Collaborazione e supporto alla Struttura Tecnica Permanente nella elaborazione della Relazione della Performance ai sensi dell'art. 10 Dlgs 150/2009.	SI /NO	10
6	Collaborazione e supportocopn la Direzione Strategica nella elaborazione del Sistema di Misurazione e Valutazione della Perfomance organizzativa ai sensi del Dlgs 150/2009.	SI /NO	10
7	Valutazione del grado di raggiungimento della Performance organizzativa e trasmissione atti all'Organismo Indipendente di Valautazione	Partecipazione alle sedute dell'OIV e supporto operativo = SI/NO	15

IL RAGGIUNGIMENTO DI TUTTI GLI OBIETTIVI RIGUARDA L'INTERA EQUIPE

IL DIRIGENTE RESPONSABILE SI IMPEGNA A COMUNICARE E DISCUTERE GLI OBIETTIVI CON L'INTERA EQUIPE (DIRIGENZA E COMPARTO)  
GLI OBIETTIVI DELL'ANNO 2018 POTREBBERO ESSERE RIMODULATI NEL CORSO DELL'ANNO QUALORA INTERVENGANO VARIAZIONI NORMATIVE E/O ASSEGNAZIONE DI OBIETTIVI REGIONALI

IL DIRETTORE DI STRUTTURA

IL DIRETTORE GENERALE

CdR	SISTEMI INFORMATIVI AZIENDALI		
	OBIETTIVI QUALI/QUANTITATIVI	Indicatore/risultato atteso	peso
1	Realizzazione del Clinical Data Repository (CDR) unico aziendale, costruito secondo il	SI/No	5
2	Completamento impianti di cablaggio, reti locali e wi-fi (CONSIP LAN6) su grandi sedi.	N. 2 sedi complete ( Piazza Libertà e P.O. Cerignola e n.1 sede avviata ( P.O. San Severo)	10
3	Aggiudicazione ed avviamento Appalto Specifico (Accordo Quadro multi fornitore regionale) relativo alla fornitura di software e servizi di sviluppo, presidio, assistenza e manutenzione per il sistema Informativo Aziendale della ASL di Foggia	SI/No	10
4	Potenziamento sistema di telecomunicazione 4G su camper mammomobile per attività di accettazione e refertazione a distanza	SI/NO	5
5	Potenziamento Sistemi Informativi-Area telecomunicazioni e Data Center: 1) Attivazione sistema di backup/Disaster Recovery su Virtual Data Center InnovaPuglia; 2) Attivazione cluster di server distribuiti per erogazione servizi critici presso i PP.OO. e archiviazione PACS	SI/NO	10
6	Potenziamento dei Sistemi Informativi: 1) Integrazione del Ris con Cartella Clinica e CUP; 2) Integrazione del Servizio trasfusionale con il Laboratorio Analisi; 3) Diffusione e utilizzo del FSE attraverso il conferimento allo stesso dei referti di Radiologie e del servizio	SI/NO	20
7	Attivazione : 1) Progetto di telemedicina ( Diomedee); 2) CORO e COT	Attivazione dei progetti	15
8	Gestione del Budget assegnato con Delibera Aziendale n. 1750/2019 sui programmi di spesa e rispetto del budget assegnato sullo straordinario. Monitoraggio continuo ed analisi trimestrale sullo stato di avanzamento e sulle cause di scostamento del budget assegnato nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget.	Spesa sostenuta = budget assegnato. Relazione finale sullo stato di avanzamento del Budget e sulle cause degli eventuali scostamenti nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget.	10
9	Miglioramento dei propri tempi medi di pagamento relativi ad acquisti di beni, servizi e forniture e pubblicazione sul sito aziendale del relativo indicatore (ai sensi della L. 69/2009, art. 23, comma 5).	Tempo medio intercorrente tra la registrazione della fattura e la determina di liquidazione = 20 gg.	5

10	Collaborazione con il Dpo per l'adeguamento al Regolamento Europeo per la protezione dei dati personali (GDPR).	Numero di incontri e procedure congiunte con il Dpo per le attività di adeguamento.	5
11	Potenziamento della dotazione tecnico-informatica.	Numero di postazioni installate e configurate nel 2019, numero di postazioni aggiornate.	5

IL RAGGIUNGIMENTO DI TUTTI GLI OBIETTIVI RIGUARDA L'INTERA EQUIPE

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

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

IL DIRETTORE DI STRUTTURA

IL DIRETTORE GENERALE

CdR		S.C. STATISTICA ED EPIDEMIOLOGIA	
	OBIETTIVI QUALI/QUANTITATIVI	Indicatore/risultato atteso	peso
1	Implementazione strumenti di sorveglianza epidemiologica (Registro Tumori).	Implementazione data base RT Provincia di Foggia e RTP. Analisi dati disponibili	30
2	Analisi demografica e dello stato di salute della popolazione dell'ASL Foggia.	Aggiornamento annuale.	10
3	Analisi epidemiologica delle cause di ospedalizzazione e delle principali patologie prevelenti nella popolazione dell'ASL FG	Aggiornamento annuale	10
4	Analisi di attività delle Strutture di ricovero dei PO dell'ASL Foggia dell'IRCSS Casa Sollievo della Sofferenza e delle Case di Cura private accreditate.	Invio semestrale report al Controllo di Gestione	10
5	Formulazione di protocolli operativi ( o incontri) con le Direzioni dei Distretti, con le Direzioni mediche dei P.O. , con le Direzioni dei Dipartimenti e delle Aree Aziendali al fine di ottimizzare la raccolta dei dati necessari all'implementazione dei data base aziendali,	Relazione attività svolte	10
6	Rispetto del Budget assegnato annualmente sullo straordinario e indennità chilometrica. Monitoraggio continuo ed analisi trimestrale sullo stato di avanzamento e sulle cause di scostamento del budget assegnato nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget.	Spesa sostenuta = budget assegnato. Relazione finale sullo stato di avanzamento del Budget e sulle cause degli eventuali scostamenti nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget.	10
7	Coordinamento aziendale degli adempimenti relativi alla gestione dei flussi informativi finalizzato al rispetto della normativa vigente, degli standard e delle disposizioni nazionali e regionali in materia di sanità elettronica ed alimentazione dei flussi informativi, nazionali , regionali ed aziendali	Relazione sulle attività svolte	10
8	Flussi NSIS - Coordinamento e monitoraggio.	Verifica ed inserimento in NSIS secondo le scadenze.	10

IL RAGGIUNGIMENTO DI TUTTI GLI OBIETTIVI RIGUARDA L'INTERA EQUIPE

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

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

IL DIRETTORE DI STRUTTURA

IL DIRETTORE GENERALE

**2020****18 - UFFICI DI STAFF ALLA DIREZIONE - ASL FG Foggia**

<b>CdR</b>	<b>S. S. PROGRAMMAZIONE AZIENDALE</b>		
	<b>OBIETTIVI QUALI/QUANTITATIVI</b>	<b>Indicatore/risultato atteso</b>	<b>peso</b>
1	Cura e istruttoria di Protocolli di intesa, Accordi di programma e Convenzioni di carattere generale	SI/NO - fornire relazione	10
2	Adeguamento del Protocollo Informatico alle nuove regole dell'AGID	SI /NO	10
3	Aggiornamento atto di organizzazione e funzionamento aziendale a seguito di Direttive nazionali e regionali	SI/NO	10
4	Attuazione delle indicazioni regionali in materia di Presidi territoriali di Assistenza ( PTA)	N° documenti trasmessi alla Regione ( Almeno n° 2)	10
5	Emanazione di Direttive e supporto al personale addetto al Protocollo di tutta la Azienda sulla corretta compilazione dei campi del programma informatico utile ad una agevole ricerca di	SI/NO	10
6	Miglioramento delle misure per l'attuazione del Programma Triennale per la Trasparenza e l'integrità , in collaborazione con il Responsabile della Prevenzione della Corruzione (RPC); Aggiornamento della Relazione Annuale in collaborazione con il RPC	Verifica, attraverso attività di audit interna, dell'efficacia delle misure previste nel PTPCP; Periodica verifica dell'effettiva pubblicazione, da parte del Responsabile dell'attività, nelle apposite sezioni del sito web ASL FG	10
7	Gestione del Budget assegnato con Delibera Aziendale n. 1750/20189 sui programmi di spesa. Monitoraggio continuo ed analisi trimestrale sullo stato di avanzamento e sulle cause di scostamento del budget assegnato nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento	Spesa sostenuta = budget assegnato. Relazione entro il 30 del mese successivo alla chiusura del trimestre sullo stato di avanzamento del Budget e sulle cause degli eventuali scostamenti	5

8	Rispetto del Budget assegnato annualmente sullo straordinario e indennità chilometrica.	Spesa sostenuta = budget assegnato. Relazione finale sullo stato di	5
9	Miglioramento dei propri tempi medi di pagamento relativi ad acquisti di beni, servizi e forniture e pubblicazione sul sito aziendale del relativo indicatore (ai sensi della L. 69/2009,	Tempo medio intercorrente tra la registrazione della fattura e la determina di liquidazione = 25 gg.	5
10	Implementazione del "Sistema Privacy e Data Protection" dell'ASL FG coerentemente con la nuova normativa in materia; Predisposizione di un Piano Formativo aziendale sui temi Privacy	Programmazione dell'attività di verifica sull'attuazione della regolamentazione interna di adeguamento alla nuova normativa sul trattamento dei dati personali, attraverso attività di audit; Attuazione delle giornate di formazione, destinate al personale aziendale, per l'affermazione della cultura Privacy,	10
11	Predisposizione manuale di protocollo: 1) di gestione documentale; 2) predisposizione del titolare e del massimario di scarico	Elaborazione protocollo	10
12	Collaborazione con i Sistemi Informativi Aziendali per l'adeguamento al Regolamento Europeo per la protezione dei dati personali (GDPR)	Numero di incontri e procedure congiunte con il Dpo per le attività di adeguamento	5

IL RAGGIUNGIMENTO DI TUTTI GLI OBIETTIVI RIGUARDA L'INTERA EQUIPE

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

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

IL DIRETTORE DI STRUTTURA

IL DIRETTORE GENERALE

**2020****18 - UFFICI DI STAFF ALLA DIREZIONE - ASL FG Foggia****CdR****S.S. FORMAZIONE**

	OBIETTIVI QUALI/QUANTITATIVI	Indicatore/risultato atteso	peso
1	Rilevazione per Macrostruttura dei fabbisogni formativi e predisposizione dell'analisi annuale dei bisogni formativi dell'Azienda (PAF annuale)	predisposizione atto entro il 30 ottobre di ogni anno per l'anno successivo	15
2	Attivazione del software sulla gestione della formazione secondo un cronoprogramma stabilito con la GPI	Rispetto entro il 90% del cronoprogramma	15
3	Gestione del Budget assegnato con Delibera Aziendale n. 1750/2019 sui programmi di spesa. Monitoraggio continuo ed analisi trimestrale sullo stato di avanzamento e sulle cause di scostamento del budget assegnato nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget.	Spesa sostenuta = budget assegnato. Relazione entro il 30 del mese successivo alla chiusura del trimestre sullo stato di avanzamento del Budget e sulle cause degli eventuali scostamenti nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget.	5
4	Rispetto del Budget assegnato annualmente sullo straordinario e indennità chilometrica. Monitoraggio continuo ed analisi trimestrale sullo stato di avanzamento e sulle cause di scostamento del budget assegnato nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget.	Spesa sostenuta = budget assegnato. Relazione finale sullo stato di avanzamento del Budget e sulle cause degli eventuali scostamenti nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget.	5
5	Miglioramento dei propri tempi medi di pagamento relativi ad acquisti di beni, servizi e forniture e pubblicazione sul sito aziendale del relativo indicatore (ai sensi della L. 69/2009, art. 23, comma 5).	Tempo medio intercorrente tra la registrazione della fattura e la determina di liquidazione = 25 gg.	5
6	Creazione aula virtuale permanente per la formazione in modalità webinar e predisposizione programma di addestramento all'uso dell'aula virtuale	Relazione	10
7	Far pervenire al termine di ogni attività formativa finanziata, una relazione completa sui lavori svolti, all'Organismo Regionale per la Formazione in Sanità ed una dettagliata rendicontazione delle spese sostenute.	Inventario delle attività formative finanziate e rendicontazione delle spese sostenute. SI/NO	15
8	Predisposizione programma di addestramento all metodologia didattica a distanza	Relazione	10

**2020**

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

**9**

Soddisfacimento delle richieste tirocini gratuiti e stage in Azienda

100% degli aventi diritto e nei limiti imposti dalla normativa

**10**

**10**

Realizzazione del Piano di accoglienza predisposto dall'URP che preveda la formazione di personale interno per accoglienza e accompagnamento dell'utenza agli sportelli Front-Office

SI/NO

**10**

IL RAGGIUNGIMENTO DI TUTTI GLI OBIETTIVI RIGUARDA L'INTERA EQUIPE

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

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

IL DIRETTORE DI STRUTTURA

IL DIRETTORE GENERALE

**2020****18 - UFFICI DI STAFF ALLA DIREZIONE - ASL FG Foggia****CdR****S.S. UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO****OBIETTIVI QUALI/QUANTITATIVI****Indicatore/risultato atteso****peso**

<b>1</b>	Analisi sulla natura dei reclami pervenuti ed invito ai servizi competenti ad adottare le opportune misure atte a superare le criticità riscontrando al cittadino dopo aver acquisito informazioni dai servizi interessati nei tempi previsti dal regolamento di pubblica utilità	Riscontro al CdG con evidenza delle criticità non risolte e delle strutture non collaboranti. N°reclami pervenuti= N° reclami riscontrati	<b>10</b>
<b>2</b>	Rimborso parrucche di cui alla domanda di ammissione al contributo per il rimborso della spesa per l'acquisto di parrucca (l.r. n. 8/2017)	N° domande pervenute su N° rimborsi effettuati	<b>5</b>
<b>3</b>	Diffusione ed utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico e diffusione dei servizi on-line	Campagna informativa e di sensibilizzazione nei confronti di tutti i medici prescrittori. Si/NO	<b>10</b>
<b>4</b>	Gestione del Budget assegnato con Delibera Aziendale n. 1750/2019 sui programmi di spesa. Monitoraggio continuo ed analisi trimestrale sullo stato di avanzamento e sulle cause di scostamento del budget assegnato nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget.	Spesa sostenuta = budget assegnato. Relazione entro il 30 del mese successivo alla chiusura del trimestre sullo stato di avanzamento del Budget e sulle cause degli eventuali scostamenti nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget.	<b>5</b>
<b>5</b>	Rispetto del Budget assegnato annualmente sullo straordinario e indennità chilometrica. Monitoraggio continuo ed analisi trimestrale sullo stato di avanzamento e sulle cause di scostamento del budget assegnato nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento	Spesa sostenuta = budget assegnato. Relazione finale sullo stato di avanzamento del Budget e sulle cause degli eventuali scostamenti nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del	<b>5</b>
<b>6</b>	Realizzazione progetto regionale "Hospitality" per la parte di competenza	SI/NO	<b>5</b>
<b>7</b>	Promozione e gestione della Comunicazione istituzionale on line attraverso il portale della Salute.	Aggiornamento puntuale	<b>5</b>
<b>8</b>	Predisposizione di adeguati strumenti di comunicazione interna e/o esterna sull'organizzazione dei Servizi Aziendali, sulle prestazioni offerte e sulle modalità di accesso, promuove campagne di informazione sulle prestazioni ed attività aziendali, sulle iniziative e sui progetti di intervento, aggiorna, digitalizza e divulga le Carte dei servizi, le Guide all'uso dei servizi e relativa digitalizzazione.	Aggiornamento Carta dei servizi in attuazione delle Linee guida regionali in materia; campagne realizzate per il vasto pubblico campagne realizzate per un pubblico target	<b>10</b>

**2020****18 - UFFICI DI STAFF ALLA DIREZIONE - ASL FG Foggia**

<b>9</b>	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	<b>5</b>
<b>10</b>	Redazione del Piano di Comunicazione istituzionale e sua diffusione interna	Aggiornamento annuale	<b>5</b>
<b>11</b>	Predisposizione di un Piano di accoglienza che preveda la formazione, in collaborazione con la struttura Formazione, di personale interno ed esterno per accoglienza e accompagnamento dell'utenza agli sportelli Front Office	SI/NO	<b>5</b>
<b>12</b>	Predisposizione atti Tavolo Tecnico Salute e Medicina di Genere e predisposizione atti Comitato Unico di Garanzia	N° riunioni effettuate -Report annuale con elenco segnalazioni	<b>5</b>
<b>13</b>	Predisposizione di wayfinding per sopralluoghi anticovid( segnaletiche, calpestabili, dispositivi di sicurezza)	SI/NO	<b>10</b>
<b>14</b>	Gestione pagina istituzionale facebook	Aggiornamento continuo di immagini ed informazioni esterne ed interne	<b>5</b>
<b>15</b>	Donazioni liberali per emergenza Covid-19	N° atti predisposti	<b>10</b>

IL RAGGIUNGIMENTO DI TUTTI GLI OBIETTIVI RIGUARDA L'INTERA EQUIPE

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

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

IL DIRETTORE DI STRUTTURA

IL DIRETTORE GENERALE

2020

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

CdR

S.S. UVARP

## OBIETTIVI QUALI/QUANTITATIVI

## Indicatore/risultato atteso

peso

1	<p>1) Appropriatelyzza cartella clinica/congruità SDO (assistenza ospedaliera privata) R. O. - DH/DS in ottemperanza alle linee guida regionali;</p> <p>2) Appropriatelyzza cartella clinica/congruità SDO (assistenza ospedaliera diretta) R. O. - DH/DS in ottemperanza alle linee guida regionali;</p> <p>3) Appropriatelyzza cartella clinica/congruità SDO (assistenza ospedaliera riabilitativa post-acuzie privata) Riabilitazione codice 56)</p>	<p>1a)100% dei ricoveri "ad alto rischio di inappropriatezza" dando priorità a DH medici, parti cesarei, ipertensione, diabete, intervento di liberazione tunnel carpale e fratture di femore in pazienti con età &gt; 65 anni.; 1b) Controlli analitici casuali significativi delle cartelle cliniche totali (30%);</p> <p>2)Numero SDO verificate/numero SDO pervenute (5%);                      3) Numero SDO verificate/numero SDO pervenute (20%).</p>	20
2	Controlli Specialistica Ambulatoriale "File C" dell'I.R.C.C.S. "Casa Sollievo della Sofferenza" S.Giovanni R.	Controlli almeno del 10% delle ricette	15
3	Rispetto del Budget assegnato annualmente sullo straordinario. Monitoraggio continuo ed analisi trimestrale sullo stato di avanzamento e sulle cause di scostamento del budget assegnato nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget.	Spesa sostenuta = budget assegnato. Relazione finale sullo stato di avanzamento del Budget e sulle cause degli eventuali scostamenti nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget.	5
4	Rispetto della normativa vigente, degli standard e delle disposizioni regionali in materia di Sanità elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali e aziendali.	i dati e le informazioni dovranno essere trasmessi entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso informativo secondo le indicazioni e i termini previste dalle Deliberazioni di G.R.	5
5	Formazione operatori ASL addetti alla compilazione della SDO anche ai sensi delle nuove regole contenute nel decreto n. 261/2016.	Almeno n.1 corso per P.O. verbalizzando data, partecipanti e contenuti svolti.	10
6	Applicazione delle prescrizioni contenute nel Piano della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (delib. N. 131/2019) e di tutti gli obblighi in esso previsti. - Adempimenti Privacy	Realizzazione di n. 2 audit interni verbalizzati per portare a conoscenza il PTCT. Individuazione delle attività a rischio e dei meccanismi adottati per prevenirle. Osservanza degli obblighi di trasparenza e pubblicazione dei dati sul sito Amm.ne Trasparente. N. 1 audit per la verifica dell'adeguamento agli adempimenti in materia di Privacy	5

**2020****18 - UFFICI DI STAFF ALLA DIREZIONE - ASL FG Foggia**

<b>7</b>	Controlli su laboratori privati accreditati che processano tamponi rino-faringei per i test molecolari per la diagnosi del virus SARS-VoV-2		<b>15</b>
<b>8</b>	Piano delle vaccinazioni antinfluenzali	N° dipendenti vaccinati /n° dipendenti	<b>10</b>
<b>9</b>	Formazione ai dipendenti sul corretto uso dei dispositivi di protezione individuale nella prevenzione dell'esposizione dal Covid-19 ed attuazione di comportamenti volti a contenere il contagio	Relazione circostanziata con l'indicazione delle giornate di formazione	<b>15</b>

IL RAGGIUNGIMENTO DI TUTTI GLI OBIETTIVI RIGUARDA L'INTERA EQUIPE

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

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

IL DIRETTORE DI STRUTTURA

IL DIRETTORE GENERALE