



**Azienda
Sanitaria Locale FG
Provincia
di Foggia**

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

**Direttore Generale
dott. Vito Piazzolla**

Il Programma annuale delle attività “Obiettivi di equipe” 2022

Comuni ASL FG:

Foggia - Cerignola - Manfredonia - San Severo - Lucera - San Giovanni Rotondo - Orta Nova - Torremaggiore - San Nicandro - Garganico - San Marco in Lamis - Vieste - Apricena - Monte Sant'Angelo - Vico del Gargano - Troia - Cagnano Varano - Carapelle - Mattinata - Lesina - Ascoli Satriano - San Paolo di Civitate - Stornara - Stornarella - Ischitella - Carpino - Peschici - Serracapriola - Deliceto - Rodi Garganico - Bovino - Zapponata - Biccari - Orsara di Puglia - Poggio Imperiale - Pietramontecorvino - Ordona - Candela - Accadia - Rignano Garganico - Castelluccio dei Sauri - Sant'Agata di Puglia - Casavecchio 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 - Carlintano - Alberona - Panni - Motta Montecorvino - Faeto - Volturara Appula - Isole Tremiti - Celle di San Vito

2022

CdR

DIPARTIMENTO MULTIDISCIPLINARE INTERNISTICO**S.C. CARDIOLOGIA - U.T.I.C. Cerignola-San Severo OBIETTIVI QUALI/QUANTITATIVI****PESO****1**

Concorrere al pieno funzionamento della Cartella clinica informatizzata, per quanto di competenza, per l'effettivo funzionamento delle singole componenti del nuovo sistema (richiesta consulenze, richiesta esami di laboratorio, ecc.).

Indicatore/risultato atteso: SI/No indicazione da parte del SIA

5**2**

Implementazione della rete per le emergenze cardiologiche tra le strutture ospedaliere dell'Azienda attraverso la stesura di protocolli condivisi al fine di migliorare la gestione del rischio clinico dei pazienti affetti da Sindrome Coronarica Acuta

Indicatore/risultato atteso: Relazione + Protocolli

10**3**

Implementazione della Telemedicina e Home Monitoring nel trattamento dello Scopenso Cardiaco e nella gestione dei Device impiantabili come da indicazioni del Ministero della Salute approvate dalla Conferenza Stato-Regioni il 17/12/2020

Indicatore/risultato atteso: Relazione contenete la % di pazienti contattati con sistema in remoto

10**4**

Incremento dell'attività ambulatoriale al fine dell'abbattimento delle liste di attesa

Indicatore/risultato atteso: Incremento del 10% rispetto all'anno 2021

10**5**

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**6**

Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA.

Indicatore/risultato atteso: % Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi $\geq 95\%$;

5**7**

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**8**

Predisposizione ricette dematerializzate.

Indicatore/risultato atteso: > 90% delle ricette

5**9**

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.

Indicatore/risultato atteso: trasmissione dei dati richiesti entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso - Chiusura . SDO entro 20gg dalla dimissione

5

10	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 >	5
11	Implementazione di Medical Audit su casi clinici di particolare rilevanza nell'ottica dell'integrazione Dipartimento-Territorio <i>Indicatore/risultato atteso:</i> N° 4 Medical Audit	5
12	Miglioramento della gestione degli eventi avversi <i>Indicatore/risultato atteso:</i> n° 3 audit verbalizzati da inviare alla SSD rischio clinico	5
13	Attivazione e gestione informatizzata dei magazzini di reparto <i>Indicatore/risultato atteso:</i> utilizzo dell'applicativo ≥30%	10
14	Partecipazione ad eventi/corsi in materia di prevenzione della corruzione , etica e legalità, codice di comportamento <i>Indicatore/risultato atteso:</i> almeno 1 evento formativo/anno	5
15	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	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 2022 POTREBBERO ESSERE RIMODULATI NEL CORSO DELL'ANNO QUALORA INTERVENGANO VARIAZIONI NORMATIVE E/O ASSEGNAZIONE DI OBIETTIVI REGIONALI

CDR	CARDIOLOGIA - Manfredonia OBIETTIVI QUALI/QUANTITATIVI	PESO
1	<p>Concorrere al pieno funzionamento della Cartella clinica informatizzata, per quanto di competenza, per l'effettivo funzionamento delle singole componenti del nuovo sistema (richiesta consulenze, richiesta esami di laboratorio, ecc.).</p> <p><i>Indicatore/risultato atteso: SI/No indicazione da parte del SIA</i></p>	10
2	<p>Implementazione della Telemedicina e Home Monitoring nel trattamento dello Scompenso Cardiaco come da indicazioni del Ministero della Salute approvate dalla Conferenza Stato-Regioni il 17/12/2020</p> <p><i>Indicatore/risultato atteso: Relazione contenete la % di pazienti contattati con sistema in remoto</i></p>	10
3	<p>Incremento dell'attività ambulatoriale al fine dell'abbattimento delle liste di attesa</p> <p><i>Indicatore/risultato atteso: Incremento del 10% rispetto all'anno 2021</i></p>	10
4	<p>Adesione all'impiego dei farmaci vincitori di gara/accordo quadro regionale nei pazienti di nuova diagnosi e rivalutazione dei trattamenti in corso.</p> <p><i>Indicatore/risultato atteso: 1) Pazienti Naive 95%;2) Trattamenti in corso 55%</i></p>	5
5	<p>Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA.</p> <p><i>Indicatore/risultato atteso: 1) % Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi $\geq 95\%$;</i></p>	5
6	<p>Incremento della distribuzione diretta del primo ciclo terapeutico a seguito di dimissione ospedaliera o visita ambulatoriale.</p> <p><i>Indicatore/risultato atteso: > 80% dei pazienti in dimissione con erogazione di primo ciclo di terapia.</i></p>	5
7	<p>Predisposizione ricette dematerializzate.</p> <p><i>Indicatore/risultato atteso: > 90% delle ricette</i></p>	5
8	<p>Redazione della lettera di dimissione informatizzata ai fini dell'alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico.</p> <p><i>Indicatore/risultato atteso: % del n. di lettere di dimissione conferite al FSE rispetto al totale prodotto > 90%.</i></p>	10
9	<p>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.</p> <p><i>Indicatore/risultato atteso: Trasmissione dei dati richiesti entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso -Chiusura SDO entro 20gg dalla dimissione</i></p>	5

2022**DIPARTIMENTO MULTIDISCIPLINARE INTERNISTICO**

10	Attivazione e gestione informatizzata dei magazzini di reparto Indicatore/risultato atteso: utilizzo dell'applicativo $\geq 30\%$	10
11	Miglioramento della gestione degli eventi avversi Indicatore/risultato atteso: n° 3 audit verbalizzati da inviare alla SSD rischio clinico	10
12	Partecipazione ad eventi/corsi in materia di prevenzione della corruzione , etica e legalità, codice di comportamento <i>Indicatore/risultato atteso:</i> almeno 1 evento formativo/anno	5
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	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 2022 POTREBBERO ESSERE RIMODULATI NEL CORSO DELL'ANNO QUALORA INTERVENGANO VARIAZIONI NORMATIVE E/O ASSEGNAZIONE DI OBIETTIVI REGIONALI

CdR	MEDICINA INTERNA Cerignola/ Manfredonia- OBIETTIVI QUALI/QUANTITATIVI	PESO
1	Incremento dell'attività ambulatoriale al fine dell'abbattimento delle liste di attesa <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Incremento del 10% rispetto all'anno 2021	10
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 $\geq 95\%$	5
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> $> 90\%$ delle ricette	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 di IV generazione) come rilevato dal flusso dei consumi ospedalieri <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Riduzione del 20% rispetto al 2019	10
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 della Cartella clinica informatizzata, per quanto di competenza, per l'effettivo funzionamento delle singole componenti del nuovo sistema (richiesta consulenze, richiesta esami di laboratorio, ecc.) <i>Indicatore/risultato atteso:</i> SI/No indicazione da parte del SIA	10
9	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 - Chiusura SDO entro 20 gg dalla dimissione	5

10	Attivazione e gestione informatizzata dei magazzini di reparto Indicatore/risultato atteso: utilizzo applicativo $\geq 30\%$	10
11	Miglioramento della gestione degli eventi avversi Indicatore/risultato atteso: n° 3 audit verbalizzati da inviare alla SSD rischio clinico	10
12	Partecipazione ad eventi/corsi in materia di prevenzione della corruzione , etica e legalità, codice di comportamento <i>Indicatore/risultato atteso: almeno 1 evento formativo/anno</i>	5
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: Relazione del Direttore di dipartimento</i>	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 2022 POTREBBERO ESSERE RIMODULATI NEL CORSO DELL'ANNO QUALORA INTERVENGANO VARIAZIONI NORMATIVE E/O ASSEGNAZIONE DI OBIETTIVI REGIONALI

1	Incremento dell'attività ambulatoriale al fine dell'abbattimento delle liste di attesa <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Incremento del 10% rispetto all'anno 2021	10
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 $\geq 95\%$	5
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> $> 90\%$ delle ricette	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 di IV generazione) come rilevato dal flusso dei consumi ospedalieri <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Riduzione del 20% rispetto al 2019	10
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 $> 90\%$.	5
8	Concorrere al pieno funzionamento della Cartella clinica informatizzata, per quanto di competenza, per l'effettivo funzionamento delle singole componenti del nuovo sistema (richiesta consulenze, richiesta esami di laboratorio, ecc.) <i>Indicatore/risultato atteso:</i> SI/No indicazione da parte del SIA	5
9	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 - Chiusura SDO entro 20 gg dalla dimissione	5

2022**DIPARTIMENTO MULTIDISCIPLINARE INTERNISTICO**

10	Attivazione e gestione informatizzata dei magazzini di reparto Indicatore/risultato atteso: utilizzo applicativo $\geq 30\%$	10
11	Miglioramento della gestione degli eventi avversi Indicatore/risultato atteso: n° 3 audit verbalizzati da inviare alla SSD rischio clinico	5
12	Garantire la copertura dei turni di guardia interdivisionale Indicatore/risultato atteso: $\geq 60\%$ dei turni	10
13	Partecipazione ad eventi/corsi in materia di prevenzione della corruzione, etica e legalità, codice di comportamento <i>Indicatore/risultato atteso: almeno 1 evento formativo/anno</i>	10
14	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>	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 2022 POTREBBERO ESSERE RIMODULATI NEL CORSO DELL'ANNO QUALORA INTERVENGANO VARIAZIONI NORMATIVE E/O ASSEGNAZIONE DI OBIETTIVI REGIONALI

2022**DIPARTIMENTO MULTIDISCIPLINARE INTERNISTICO**

CdR

GASTROENTEROLOGIA - OBIETTIVI QUALI/QUANTITATIVI**PESO**

1	Attività in Day Service <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Mantenimento/Incremento rispetto al 2021	10
2	Attività in DH <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Mantenimento/Incremento rispetto al 2021	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 della Cartella clinica informatizzata, per quanto di competenza, per l'effettivo funzionamento delle singole componenti del nuovo sistema (richiesta consulenze, richiesta esami di laboratorio, ecc.) <i>Indicatore:</i> SI/No indicazione da parte del SIA	10
6	Rispetto della normativa vigente in materia di Sanità elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali e aziendali mediante chiusura <i>Indicatore/risultato atteso:</i> trasmissione dei dati richiesti entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso - Chiusura SDO/SDA entro 20gg dalla dimissione	10
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
8	Attivazione e gestione informatizzata dei magazzini di reparto <i>Indicatore/risultato atteso:</i> utilizzo applicativo $\geq 30\%$	10
9	Miglioramento della gestione degli eventi avversi <i>Indicatore/risultato atteso:</i> n° 3 audit verbalizzati da inviare alla SSD rischio clinico	5
10	Partecipazione ad eventi/corsi in materia di prevenzione della corruzione, etica e legalità, codice di comportamento <i>Indicatore/risultato atteso:</i> almeno 1 evento formativo/anno	10
11	Collaborazione intra-dipartimentale e inter-dipartimentale di tutte le strutture afferenti al dipartimento anche attraverso la condivisione di <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Relazione del Direttore di dipartimento	10

II RAGGIUNGIMENTO DI TUTTI GLI OBIETTIVI RIGUARDA L'INTERA EQUIPE

IL DIRIGENTE RESPONSABILE SI IMPEGNA A COMUNICARE E DISCUETERE GLI OBIETTIVI CON L'INTERA EQUIPE, DIRIGENZA E COMBARTO

IL DIRIGENTE RESPONSABILE SI IMPEGNA A COMUNICARE E DISCUETERE GLI OBIETTIVI CON L'INTERA EQUIPE, DIRIGENZA E COMBARTO

GLI OBIETTIVI DELL'ANNO 2022 POTREBBERO ESSERE RIVOLTI AL RILASCIO DELLE SINGOLE AZIONI INTERVENGANO VARIAZIONI NORMATIVE E/O ASSEGNAZIONE DI OBIETTIVI REGIONALI

CdR	NEFROLOGIA e DIALISI Cerignola OBIETTIVI QUALI/QUANTITATIVI	PESO
1	Incremento dell'attività ambulatoriale al fine dell'abbattimento delle liste di attesa <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Incremento del 10% rispetto all'anno 2021	10
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> % Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi $\geq 95\%$	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% delle ricette	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 del 20% rispetto al 2019	5
7	Rimodulazione funzionale e organizzativa finalizzata al contenimento della diffusione del contagio da Covid -19 dei pazienti emodializzati <i>Indicatore/risultato:</i> Relazione	5
8	Follow-up ravvicinato di pazienti in predialisi (MRCV stadio K-DOQI) <i>Indicatore/risultato:</i> Incremento dell'attività ambulatoriale per pazienti uremici da avviare al trattamento sostitutivo(emodialitico, peritoneale, trapianto)	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
10	Concorrere al pieno funzionamento della Cartella clinica informatizzata, per quanto di competenza, per l'effettivo funzionamento delle singole componenti del nuovo sistema (richiesta consulenze, richiesta esami di laboratorio, ecc.) <i>Indicatore:</i> SI/No indicazione da parte del SIA	5
11	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 -Chiusura SDO entro 20 gg dalla dimissione	5
12	Attivazione e gestione informatizzata dei magazzini di reparto Indicatore/risultato atteso: utilizzo applicativo ≥30%	10
13	Miglioramento della gestione degli eventi avversi Indicatore/risultato atteso: n° 3 audit verbalizzati da inviare alla SSD rischio clinico	5
14	Partecipazione ad eventi/corsi in materia di prevenzione della corruzione , etica e legalità, codice di comportamento <i>Indicatore/risultato atteso:</i> almeno 1 evento formativo/anno	10
15	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	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 2022 POTREBBERO ESSERE RIMODULATI NEL CORSO DELL'ANNO QUALORA INTERVENGANO VARIAZIONI NORMATIVE E/O ASSEGNAZIONE DI OBIETTIVI REGIONALI

CdR	NEFROLOGIA e DIALISI San Severo OBIETTIVI QUALI/QUANTITATIVI	PESO
1	Incremento dell'attività ambulatoriale al fine dell'abbattimento delle liste di attesa <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Incremento del 10% rispetto all'anno 2021	10
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> % Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi $\geq 95\%$	5
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% delle ricette	5
6	Riduzione della spesa di antibiotici ad ampio spettro di azione o gravati da elevate resistenze (penicilline associate a inibitori della <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Riduzione del 20% rispetto al 2019	5
7	Rimodulazione funzionale e organizzativa finalizzata al contenimento della diffusione del contagio da Covid -19 dei pazienti emodializzati <i>Indicatore/risultato:</i> Relazione	5
8	Consolidamento delle attività relative all'ambulatorio per la malattia renale avanzata (Ambulatorio MAREA) in applicazione del percorso di diagnosi e terapia sull'avvio del trattamento sostitutivo della funzione renale <i>Indicatore/risultato:</i> Attivazione di ambulatorio dedicato e attivazione Day Service (PAC 71-74) come previsto dalle normative regionali	10
9	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

10	<p>Concorrere al pieno funzionamento della Cartella clinica informatizzata, per quanto di competenza, per l'effettivo funzionamento delle singole componenti del nuovo sistema (richiesta consulenze, richiesta esami di laboratorio, ecc.)</p> <p><i>Indicatore:</i> SI/No indicazione da parte del SIA</p>	5
11	<p>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.</p> <p><i>Indicatore/risultato atteso:</i> trasmissione dei dati richiesti entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso -Chiusura SDO entro 20 gg dalla dimissione</p>	5
12	<p>Attivazione e gestione informatizzata dei magazzini di reparto</p> <p><i>Indicatore/risultato atteso:</i> utilizzo applicativo $\geq 30\%$</p>	10
13	<p>Miglioramento della gestione degli eventi avversi</p> <p><i>Indicatore/risultato atteso:</i> n° 3 audit verbalizzati da inviare alla SSD rischio clinico</p>	5
14	<p>Partecipazione ad eventi/corsi in materia di prevenzione della corruzione, etica e legalità, codice di comportamento</p> <p><i>Indicatore/risultato atteso:</i> almeno 1 evento formativo/anno</p>	10
15	<p>Collaborazione intra-dipartimentale e inter-dipartimentale di tutte le strutture afferenti al dipartimento anche attraverso la condivisione di</p> <p><i>Indicatore/risultato atteso:</i> Relazione del Direttore di dipartimento</p>	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 2022 POTREBBERO ESSERE RIMODULATI NEL CORSO DELL'ANNO QUALORA INTERVENGANO VARIAZIONI NORMATIVE E/O ASSEGNAZIONE DI OBIETTIVI REGIONALI

CdR P.O. SAN SEVERO - MALATTIE APPARATO RESPIRATORIO OBIETTIVI QUALI/QUANTITATIVI

PESO

1	Assicurare la polisonnografia per pazienti affetti da OSAS <i>Indicatore/risultato atteso:</i> n° di esami/n° di richieste =1	10
2	Assicurare gli esami di broncoscopia per pazienti ricoverati nei PP.OO.dell'Asl FG <i>Indicatore/risultato atteso:</i> n° di esami/n° di richieste =1	10
3	Assicurare trasferimenti di pazienti ricoverati nei PP.OO. Dell'ASL Fg in grave insufficienza respiratoria che necessitano di NIV ad alta assistenza e/o pz tracheostomatizzati da rianimazioni dei PP.OO <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Relazione	5
4	Concorrere al pieno funzionamento della Cartella clinica informatizzata, per quanto di competenza, per l'effettivo funzionamento delle singole componenti del nuovo sistema (richiesta consulenze, richiesta esami di laboratorio, ecc.) <i>Indicatore:</i> SI/No indicazione da parte del SIA	5
5	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%	5
6	Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> 1) % Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi =100%	5
7	Incremento della distribuzione diretta del primo ciclo terapeutico a seguito di dimissione ospedaliera o visita ambulatoriale. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> > 80% dei pazienti in dimissione con erogazione di primo ciclo di terapia.	5
8	Predisposizione ricette dematerializzate. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> > 90% delle ricette	5
9	Riduzione della spesa di antibiotici ad ampio spettro di azione o gravati da elevate resistenze (penicilline associate a inibitori della <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Riduzione del 20% rispetto al 2019	5
10	Attivazione e gestione informatizzata dei magazzini di reparto <i>Indicatore/risultato atteso:</i> utilizzo applicativo ≥30%	10
11	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

2022**DIPARTIMENTO MULTIDISCIPLINARE INTERNISTICO**

12	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> trasmissione dei dati richiesti entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso -Chiusura SDO chiuse entro 20 gg. dalla dimissione	5
13	Miglioramento della gestione degli eventi avversi <i>Indicatore/risultato atteso:</i> n° 3 audit verbalizzati da inviare alla SSD rischio clinico	5
14	Partecipazione ad eventi/corsi in materia di prevenzione della corruzione , etica e legalità, codice di comportamento <i>Indicatore/risultato atteso:</i> almeno 1 evento formativo/anno	10
15	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	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 2022 POTREBBERO ESSERE RIMODULATI NEL CORSO DELL'ANNO QUALORA INTERVENGANO VARIAZIONI NORMATIVE E/O ASSEGNAZIONE DI OBIETTIVI REGIONALI

CdR	ONCOLOGIA- OBIETTIVI QUALI/QUANTITATIVI	PESO
1	Incremento dell'attività ambulatoriale al fine dell'abbattimento delle liste di attesa <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Incremento del 10% rispetto all'anno 2021	10
2	Incremento day-service <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Incremento del 10% rispetto all'anno 2021	10
3	Rimodulazione funzionale ed organizzativa finalizzata al contenimento della diffusione del contagio da COVID 19 per pazienti oncologici <i>Indicatore/risultato atteso:</i> N° televisite/ totale visite≥5%	5
4	Attivazione di ambulatorio per la gestione di eventi avversi a terapie orali eseguite a domicilio a mezzo di sistemi informatici al fine di contenere il contagio Covid-19 <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Si/No	5
5	Attivazione ambulatorio posizionamento accessi vascolari e loro gestione sia a pazineti afferenti alla SSD di oncologia che delle strutture afferenti al dipartimento internistico del P.O. Di San Severo <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Si/No	5
6	Attivazione ambulatorio per Simultaneous Care a pazienti oncologici finalizzato alla riduzione dei ricoveri in reparti internistici per acuti e cronici <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Si/No	5
7	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
8	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%	5
9	Incremento della distribuzione diretta del primo ciclo terapeutico a seguito di dimissione ospedaliera o visita ambulatoriale. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> > 80% dei pazienti in dimissione con erogazione di primo ciclo di terapia.	5
10	Predisposizione ricette dematerializzate. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> > 90% delle ricette	5
11	Riduzione della spesa di antibiotici ad ampio spettro di azione o gravati da elevate resistenze (penicilline associate a inibitori della betalattamasi, fluorochinoloni, cefalosprine di IV generazione) come rilevato dal flusso dei consumi ospedalieri <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Riduzione del 20% rispetto al 2019	5

2022**DIPARTIMENTO MULTIDISCIPLINARE INTERNISTICO**

12	Implementazione della cartella clinica informatizzata "Taletè" <i>Indicatore/risultato atteso: SI/No indicazione da parte del SIA</i>	5
13	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: trasmissione dei dati richiesti entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso</i>	5
14	Attivazione e gestione informatizzata dei magazzini di reparto <i>Indicatore/risultato atteso: utilizzo applicativo ≥30%</i>	5
15	Miglioramento della gestione degli eventi avversi <i>Indicatore/risultato atteso: n° 3 audit verbalizzati da inviare alla SSD rischio clinico</i>	5
16	Partecipazione ad eventi/corsi in materia di prevenzione della corruzione , etica e legalità, codice di comportamento <i>Indicatore/risultato atteso: almeno 1 evento formativo/anno</i>	5
17	Collaborazione intra-dipartimentale e inter-dipartimentale di tutte le strutture afferenti al dipartimento anche attraverso la condivisione di <i>Indicatore/risultato atteso: Relazione del Direttore di dipartimento</i>	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 2022 POTREBBERO ESSERE RIMODULATI NEL CORSO DELL'ANNO QUALORA INTERVENGANO VARIAZIONI NORMATIVE E/O ASSEGNAZIONE DI OBIETTIVI REGIONALI

1	<p>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.</p> <p><i>Indicatore/risultato atteso:</i> trasmissione dei dati richiesti entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso - Chiusura SDO entro 20gg. dalla dimissione</p>	5
2	<p>Concorrere al pieno funzionamento della Cartella clinica informatizzata, per quanto di competenza, per l'effettivo funzionamento delle singole componenti del nuovo sistema (richiesta consulenze, richiesta esami di laboratorio, ecc.).</p> <p>Indicatore/risultato atteso: SI/No indicazione da parte del SIA</p>	5
3	<p>Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente</p> <p><i>Indicatore/risultato atteso:</i> Corretta e completa compilazione della chek list preoperatoria (da verificare con controlli a campione)</p>	10
4	<p>Miglioramento della gestione degli eventi avversi</p> <p>Indicatore/risultato atteso: n° 3 audit verbalizzati da inviare alla SSD rischio clinico</p>	5
5	<p>Correttezza e completezza della cartella clinica/anestesiologica</p> <p><i>Indicatore/risultato atteso:</i> Numero cartelle conformi / numero cartelle controllate</p>	5
6	<p>Eliminare i casi in cui si rinvia l'intervento del paziente, ricoverato e già preparato, conseguenti alla valutazione specialistica complessiva delle condizioni di salute e dei rischi legati all'atto chirurgico, al paziente e all'atto anestesiologico. Adeguata pianificazione dell'anestesia e attuazione del consenso informato.</p> <p>Indicatore/risultato atteso: SI/NO</p>	10
7	<p>Prosecuzione, in collaborazione con l'U.O. di ostetricia e ginecologia del parto-analgesia e preparazione e distribuzione di brochure informative sulla parto-analgesia alle partorienti</p> <p><i>Indicatore/risultato atteso:</i> SI/NO</p>	5

2022**DIPARTIMENTO MULTIDISCIPLINARE CHIRURGICO**

8	Collaborazione tra unità operative ospedaliere dedicate a pazienti Covid-19 e terapia intensiva <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Relazione	5
9	Indicazione e prescrizione sulla cartella anestesiologicala di terapie per il controllo del dolore post-operatorio <i>Indicatore/risultato atteso:</i> N° cartelle conformi/n° cartelle controllate	5
10	Attivazione e gestione informatizzata dei magazzini di reparto <i>Indicatore/risultato atteso:</i> utilizzo dell'applicativo ≥30%	10
11	Monitoraggio attività svolta dai medici convenzionati <i>Indicatore/risultato atteso:</i> relazione mensile da trasmettere alla Direzione strategica e all'UCG	10
12	Partecipazione ad eventi/corsi in materia di prevenzione della corruzione , etica e legalità, codice di comportamento <i>Indicatore/risultato atteso:</i> almeno 1 evento formativo/anno	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 2022 POTREBBERO ESSERE RIMODULATI NEL CORSO DELL'ANNO QUALORA INTERVENGANO VARIAZIONI NORMATIVE E/O ASSEGNAZIONE DI OBIETTIVI REGIONALI

1	Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Corretta e completa compilazione della chek list preoperatoria (da verificare con controlli a campione)	15
2	Correttezza e completezza della cartella clinica/anestesiologica <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Numero cartelle conformi / numero cartelle controllate	10
3	Miglioramento della gestione degli eventi avversi <i>Indicatore/risultato atteso:</i> n° 3 audit verbalizzati da inviare alla SSD rischio clinico	5
4	Eliminare i casi in cui si rinvia l'intervento del paziente, ricoverato e già preparato, conseguenti alla valutazione specialistica complessiva delle condizioni di salute e dei rischi legati all'atto chirurgico, al paziente e all'atto anestesiologico. Adeguata pianificazione dell'anestesia e attuazione del consenso informato. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> SI/NO	15
5	Indicazione e prescrizione sulla cartella anestesiologica di terapie per il controllo del dolore post-operatorio <i>Indicatore/risultato atteso:</i> N° cartelle conformi/n° cartelle controllate	15
6	Attivazione e gestione informatizzata dei magazzini di reparto <i>Indicatore/risultato atteso:</i> utilizzo dell'applicativo $\geq 30\%$	10
7	Monitoraggio attività svolta dai medici convenzionati <i>Indicatore/risultato atteso:</i> relazione mensile da trasmettere alla Direzione strategica e all'UCG	10
8	Partecipazione ad eventi/corsi in materia di prevenzione della corruzione , etica e legalità, codice di comportamento <i>Indicatore/risultato atteso:</i> almeno 1 evento formativo/anno	10
9	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	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 2022 POTREBBERO ESSERE RIMODULATI NEL CORSO DELL'ANNO QUALORA INTERVENGANO VARIAZIONI NORMATIVE E/O ASSEGNAZIONE DI OBIETTIVI REGIONALI

2022**DIPARTIMENTO MULTIDISCIPLINARE CHIRURGICO****CHIRURGIA GENERALE OBIETTIVI QUALI/QUANTITATIVI****PESO**

1	Ottimizzazione del tasso operati/dimessi. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> 1) Tasso operati/dimessi > 70% ;2)Mantenimento registro dei pazienti in lista di attesa	5
2	Degenza media DRG chirurgici <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Mantenimento performance 2015 aumentato dei giorni per esito tamponi	5
3	Qualità degli interventi in relazione alle sedute operatorie a disposizione <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Relazione con indicazione di n° e tipo di interventi	5
4	Rispetto del cronoprogramma mensile delle sedute operatorie <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Relazione da parte del Direttore del Dipartimento	5
5	Miglioramento appropriatezza chirurgica <i>Indicatore/risultato atteso:</i> a) % ricoveri in day surgery - Miglioramento performance 2019 b) DRG ad alto rischio di inapproprietezza: mantenimento performance 2015	5
6	Colecistectomia laparoscopica. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> a) % ricoveri con degenza post-operatoria < 3 giorni	5
7	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
8	Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> % Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi ≥95%	5
9	Incremento della distribuzione diretta del primo ciclo terapeutico a seguito di dimissione ospedaliera o visita ambulatoriale. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> > 80% dei pazienti in dimissione con erogazione di primo ciclo di terapia.	5
10	Predisposizione ricette dematerializzate. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> > 90% delle ricette	5

2022**DIPARTIMENTO MULTIDISCIPLINARE CHIRURGICO**

11	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 del 20% rispetto al 2019	5
12	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
13	Concorrere al pieno funzionamento della Cartella clinica informatizzata, per quanto di competenza, per l'effettivo funzionamento delle singole componenti del nuovo sistema (richiesta consulenze, richiesta esami di laboratorio, ecc.) <i>Indicatore/risultato atteso</i> : SI/No indicazione da parte del SIA	5
14	Attivazione e gestione informatizzata dei magazzini di reparto <i>Indicatore/risultato atteso</i> : utilizzo applicativo $\geq 30\%$	10
15	Miglioramento della gestione degli eventi avversi <i>Indicatore/risultato atteso</i> : n° 3 audit verbalizzati da inviare alla SSD rischio clinico	5
16	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 - Chiusura SDO entro 20gg dalla dimissione o all'arrivo del risultato dell'esame istologico	5
17	Partecipazione ad eventi/corsi in materia di prevenzione della corruzione , etica e legalità, codice di comportamento <i>Indicatore/risultato atteso</i> : almeno 1 evento formativo/anno	5
18	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>	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 2022 POTREBBERO ESSERE RIMODULATI NEL CORSO DELL'ANNO QUALORA INTERVENGANO VARIAZIONI NORMATIVE E/O ASSEGNAZIONE DI OBIETTIVI REGIONALI

ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA OBIETTIVI QUALI/QUANTITATIVI

PESO

1	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) Mantenimento registro dei pazienti in lista di attesa	5
2	Attività in Day Service <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Incremento del 10% rispetto al 2021	5
3	Degenza media DRG chirurgici <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Mantenimento performance 2015 aumentato dei giorni per esito tamponi	5
4	Qualità degli interventi in relazione alle sedute operatorie a disposizione <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Relazione con indicazione di n° e tipo di interventi	5
5	Rispetto del cronoprogramma mensile delle sedute operatorie <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Relazione da parte del Direttore del Dipartimento	5
6	Miglioramento appropriatezza chirurgica <i>Indicatore/risultato atteso:</i> a) % ricoveri in day surgery - Miglioramento performance 2019 b) DRG ad alto rischio di inappropriatezza: mantenimento performance 2015	5
7	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%	5
8	Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> % Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi ≥95%	5
9	Incremento della distribuzione diretta del primo ciclo terapeutico a seguito di dimissione ospedaliera o visita ambulatoriale. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> > 80% dei pazienti in dimissione con erogazione di primo ciclo di terapia.	5
10	Predisposizione ricette dematerializzate. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> > 90% delle ricette	5

2022**DIPARTIMENTO MULTIDISCIPLINARE CHIRURGICO**

11	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 del 20% rispetto al 2019	5
12	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
13	Concorrere al pieno funzionamento della Cartella clinica informatizzata, per quanto di competenza, per l'effettivo funzionamento delle singole componenti del nuovo sistema (richiesta consulenze, richiesta esami di laboratorio, ecc.) <i>Indicatore</i> : SI/No indicazione da parte del SIA	5
14	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 - Chiusura SDO entro 20 gg. dalla dimissione	5
15	Attivazione e gestione informatizzata dei magazzini di reparto <i>Indicatore/risultato atteso</i> : utilizzo applicativo $\geq 30\%$	10
16	Miglioramento della gestione degli eventi avversi <i>Indicatore/risultato atteso</i> : n° 3 audit verbalizzati da inviare alla SSD rischio clinico	5
17	Partecipazione ad eventi/corsi in materia di prevenzione della corruzione , etica e legalità, codice di comportamento <i>Indicatore/risultato atteso</i> : almeno 1 evento formativo/anno	5
18	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>	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 2022 POTREBBERO ESSERE RIMODULATI NEL CORSO DELL'ANNO QUALORA INTERVENGANO VARIAZIONI NORMATIVE E/O ASSEGNAZIONE DI OBIETTIVI REGIONALI

2022**DIPARTIMENTO MULTIDISCIPLINARE CHIRURGICO****P.O. CERIGNOLA - OFTALMOLOGIA OBIETTIVI QUALI/QUANTITATIVI****PESO**

1	Attività in Day Service <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Incremento del 10% del n° day service rispetto al 2021	10
2	Garantire attività di Day service presso i PP.OO. di Manfredonia e San Severo <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Incremento del 10% del n° day service rispetto al 2021	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 $\geq 95\%$	10
4	Rispetto del cronoprogramma mensile delle sedute operatorie <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Relazione da parte del Direttore del Dipartimento	5
5	Istituzione ed attivazione della rete oftalmologica nella prospettiva dell'integrazione ospedale-territorio <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Presentazione documento relativo alla procedura di attivazione	5
6	Predisposizione ricette dematerializzate. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> > 90% delle ricette	5
7	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 del 20% rispetto al 2019	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	<p>Concorrere al pieno funzionamento della Cartella clinica informatizzata, per quanto di competenza, per l'effettivo funzionamento delle singole componenti del nuovo sistema (richiesta consulenze, richiesta esami di laboratorio, ecc.)</p> <p><i>Indicatore:</i> SI/No indicazione da parte del SIA</p>	10
10	<p>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.</p> <p><i>Indicatore/risultato atteso:</i> trasmissione dei dati richiesti entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso - Chiusura Sdo/Sda entro 20 gg dalla dimissione</p>	5
11	<p>Attivazione e gestione informatizzata dei magazzini di reparto</p> <p><i>Indicatore/risultato atteso:</i> utilizzo applicativo $\geq 30\%$</p>	10
12	<p>Miglioramento della gestione degli eventi avversi</p> <p><i>Indicatore/risultato atteso:</i> n° 3 audit verbalizzati da inviare alla SSD rischio clinico</p>	5
13	<p>Partecipazione ad eventi/corsi in materia di prevenzione della corruzione, etica e legalità, codice di comportamento</p> <p><i>Indicatore/risultato atteso:</i> almeno 1 evento formativo/anno</p>	10
14	<p>Collaborazione intra-dipartimentale e inter-dipartimentale di tutte le strutture afferenti al dipartimento anche attraverso la condivisione di risorse umane e tecnologiche</p> <p><i>Indicatore/risultato atteso:</i> Relazione del Direttore di dipartimento</p>	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 2022 POTREBBERO ESSERE RIMODULATI NEL CORSO DELL'ANNO QUALORA INTERVENGANO VARIAZIONI NORMATIVE E/O ASSEGNAZIONE DI OBIETTIVI REGIONALI

2022**DIPARTIMENTO MULTIDISCIPLINARE CHIRURGICO**

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) Mantenimento registro dei pazienti in lista di attesa	5
2	Degenza media DRG chirurgici Indicatore/risultato atteso: Mantenimento performance 2015	5
3	Miglioramento della performance relativamente al trattamento delle patologie che richiedono l'utilizzo cronico di dispositivi invasivi nei pazienti affetti da ostruzione delle basse vie urinarie Indicatore/risultato: Incremento del 10% degli interventi di tipo disostruttivo rispetto al 2019 subordinatamente all'accesso al ricovero e alla disponibilità delle sedute operatorie	10
4	Miglioramento appropriatezza chirurgica Indicatore/risultato atteso: a) % ricoveri in day surgery - Miglioramento performance 2019 b) DRG ad alto rischio di inappropriatazza: mantenimento performance 2015	5
5	Rispetto del cronoprogramma mensile delle sedute operatorie Indicatore/risultato atteso: Relazione da parte del Direttore del Dipartimento	5
6	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
7	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%	5
8	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

9	Predisposizione ricette dematerializzate. <i>Indicatore/risultato atteso: > 90% delle ricette</i>	5
10	Riduzione della spesa di antibiotici ad ampio spettro di azione o gravati da elevate resistenze (penicilline associate a inibitori della <i>Indicatore/risultato atteso: Riduzione del 20% rispetto al 2019</i>	5
11	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 > 90%.</i>	5
12	Concorrere al pieno funzionamento della Cartella clinica informatizzata, per quanto di competenza, per l'effettivo funzionamento delle singole componenti del nuovo sistema (richiesta consulenze, richiesta esami di laboratorio, ecc.) <i>Indicatore: SI/No indicazione da parte del SIA</i>	5
13	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: trasmissione dei dati richiesti entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso -Chiusura SDO chiuse entro 20 gg. dalla dimissione o dal risultato dell'esame istologico</i>	5
14	Attivazione e gestione informatizzata dei magazzini di reparto <i>Indicatore/risultato atteso: utilizzo applicativo $\geq 30\%$</i>	10
15	Miglioramento della gestione degli eventi avversi <i>Indicatore/risultato atteso: n° 3 audit verbalizzati da inviare alla SSD rischio clinico</i>	5
16	Partecipazione ad eventi/corsi in materia di prevenzione della corruzione , etica e legalità, codice di comportamento <i>Indicatore/risultato atteso: almeno 1 evento formativo/anno</i>	5
17	Collaborazione intra-dipartimentale e inter-dipartimentale di tutte le strutture afferenti al dipartimento anche attraverso la <i>Indicatore/risultato atteso: Relazione del Direttore di dipartimento</i>	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 2022 POTREBBERO ESSERE RIMODULATI NEL CORSO DELL'ANNO QUALORA INTERVENGANO VARIAZIONI NORMATIVE E/O ASSEGNAZIONE DI OBIETTIVI REGIONALI

Cdr	P.O. CERIGNOLA – OTORINOLARINGOIATRIA OBIETTIVI QUALI/QUANTITATIVI	
1	Ottimizzazione del tasso operati/dimessi. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> 1) Tasso operati/dimessi > 70%. 2) Istituzione registro dei pazienti in lista di attesa	5
2	% Ricoveri in Day Surgery(Ind. MES C4.17) <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Incremento del 10% rispetto al 2021	5
3	Miglioramento appropriatezza chirurgica <i>Indicatore/risultato atteso:</i> a) % ricoveri in day surgery - Miglioramento performance 2019 b) DRG ad alto rischio di inappropriata: mantenimento performance 2015	5
4	Rispetto del cronoprogramma mensile delle sedute operatorie <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Relazione da parte del Direttore del Dipartimento	5
5	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
6	Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> 1) % Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6	5
7	Incremento della distribuzione diretta del primo ciclo terapeutico a seguito di dimissione ospedaliera o visita ambulatoriale. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> > 80% dei pazienti in dimissione con erogazione di primo ciclo di terapia.	5
8	Predisposizione ricette dematerializzate. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> > 90% delle ricette	5

2022**DIPARTIMENTO MULTIDISCIPLINARE CHIRURGICO**

9	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 del 20% rispetto al 2019	5
10	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
11	Concorrere al pieno funzionamento della Cartella clinica informatizzata, per quanto di competenza, per l'effettivo funzionamento delle singole componenti del nuovo sistema (richiesta consulenze, richiesta esami di laboratorio, ecc.) <i>Indicatore</i> : SI/No indicazione da parte del SIA	5
12	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 - Chiusura SDO entro 20 gg. dalla dimissione o dal risultato dell'esame istologico	5
13	Attivazione e gestione informatizzata dei magazzini di reparto <i>Indicatore/risultato atteso</i> : utilizzo applicativo $\geq 30\%$	10
14	Miglioramento della gestione degli eventi avversi <i>Indicatore/risultato atteso</i> : n° 3 audit verbalizzati da inviare alla SSD rischio clinico	5
15	Partecipazione ad eventi/corsi in materia di prevenzione della corruzione , etica e legalità, codice di comportamento <i>Indicatore/risultato atteso</i> : almeno 1 evento formativo/anno	5
16	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	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 2022 POTREBBERO ESSERE RIMODULATI NEL CORSO DELL'ANNO QUALORA INTERVENGANO VARIAZIONI NORMATIVE E/O ASSEGNAZIONE DI OBIETTIVI REGIONALI

2022**DIPARTIMENTO MULTIDISCIPLINARE CHIRURGICO****S.S.D ENDOSCOPIA DIGESTIVA OBIETTIVI QUALI/QUANTITATIVI****PESO**

CdR		PESO
1	Miglioramento della qualità del servizio Indicatore/risultato atteso: compilazione di un questionario preliminare alla procedura endoscopica	5
2	Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Corretta e completa compilazione della chek list pre-procedura	5
3	Formazione al personale interno <i>Indicatore/risultato atteso:</i> N° 4 incontri di formazione	10
4	Potenziamento screening del colon-retto <i>Indicatore/risultato atteso:</i> esami di II livello $\geq 10\%$ rispetto al 2021	15
5	Gestione delle procedure endoscopiche in sedazione cosciente <i>Indicatore/risultato atteso:</i> n° esami in sedazione/n° esami $\geq 70\%$	10
6	Miglioramento della gestione delle procedure endoscopiche <i>Indicatore/risultato atteso:</i> percentuale di raggiungimento del colon-cieco $\geq 90\%$	10
7	Valutazione periodica della qualità Centro di Endoscopia digestiva ottenuto mediante l'adenoma Detection rate (ADR) <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Report semestrale	10
8	Predisposizione ricette dematerializzate. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> > 90% delle ricette	5
9	Concorrere al pieno funzionamento della Cartella clinica informatizzata, per quanto di competenza, per l'effettivo funzionamento delle singole componenti del nuovo sistema (richiesta consulenze, richiesta esami di laboratorio, ecc.) <i>Indicatore:</i> SI/No indicazione da parte del SIA	5

2022**DIPARTIMENTO MULTIDISCIPLINARE CHIRURGICO**

10	Attivazione e gestione informatizzata dei magazzini di reparto <i>Indicatore/risultato atteso: utilizzo applicativo ≥30%</i>	5
11	Miglioramento della gestione degli eventi avversi <i>Indicatore/risultato atteso: n° 3 audit verbalizzati da inviare alla SSD rischio clinico</i>	5
12	Partecipazione ad eventi/corsi in materia di prevenzione della corruzione , etica e legalità, codice di comportamento <i>Indicatore/risultato atteso: almeno 1 evento formativo/anno</i>	5
13	Collaborazione intra-dipartimentale e inter-dipartimentale di tutte le strutture afferenti al dipartimento anche attraverso la <i>Indicatore/risultato atteso: Relazione del Direttore di dipartimento</i>	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 2022 POTREBBERO ESSERE RIMODULATI NEL CORSO DELL'ANNO QUALORA INTERVENGANO VARIAZIONI NORMATIVE E/O ASSEGNAZIONE DI OBIETTIVI REGIONALI

CdR	GINECOLOGIA E OSTETRICIA OBIETTIVI QUALI/QUANTITATIVI	PESO
1	Ottimizzazione del tasso operati/dimessi. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Tasso operati/dimessi > 70%.	5
2	Riduzione dei parti con taglio cesareo. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Miglioramento performance 2019	5
3	Raggiungimento del target 1000 parti annui. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> n° parti annui.	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> % Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi ≥95%	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 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 del 20% rispetto al 2019	5
9	Screening cervice uterina <i>Indicatore/risultato atteso:</i> 100% lettura dei campioni biologici pervenuti	5
10	Attivazione e gestione informatizzata dei magazzini di reparto <i>Indicatore/risultato atteso:</i> utilizzo applicativo ≥30%	5
11	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

12	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 - Chiusura . SDO entro 20gg dalla dimissione	5
13	Concorrere al pieno funzionamento della Cartella clinica informatizzata, per quanto di competenza, per l'effettivo funzionamento delle singole componenti del nuovo sistema (richiesta consulenze, richiesta esami di laboratorio, ecc.) <i>Indicatore/risultato atteso:</i> SI/No indicazione da parte del SIA	5
14	Prosecuzione, in collaborazione con la U.O. di Anestesia e Rianimazione , del parto-analgesia Assistenziale in Partoanalgesia <i>Indicatore/risultato atteso:</i> SI/NO.	5
15	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 e compilati sul numero di ricoveri. Relazione	5
16	Monitoraggio attività svolta dai medici convenzionati <i>Indicatore/risultato atteso:</i> relazione mensile da trasmettere alla Direzione strategica e all'UCG	10
17	Partecipazione ad eventi/corsi in materia di prevenzione della corruzione , etica e legalità, codice di comportamento <i>Indicatore/risultato atteso:</i> almeno 1 evento formativo/anno	5
18	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	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 2022 POTREBBERO ESSERE RIMODULATI NEL CORSO DELL'ANNO QUALORA INTERVENGANO VARIAZIONI NORMATIVE E/O ASSEGNAZIONE DI OBIETTIVI REGIONALI

PEDIATRIA OBIETTIVI QUALI/QUANTITATIVI

PESO

1	Riduzione DRG ad alto rischio di inappropriatazza <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Miglioramento rispetto al 2019	10
2	Incremento attività in Day - Service <i>Indicatore/risultato atteso:</i> incremento del 10% rispetto all'anno 2021	10
3	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
4	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 $\geq 95\%$	5
5	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
6	Predisposizione ricette dematerializzate. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> > 90% rispetto ai dimessi dal reparto/ambulatorio.	5
7	Riduzione della spesa di antibiotici ad ampio spettro di azione 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 del 20% rispetto al 2019	10
8	Attivazione e gestione informatizzata dei magazzini di reparto <i>Indicatore/risultato atteso:</i> utilizzo applicativo $\geq 30\%$	10
9	Concorrere al pieno funzionamento della Cartella clinica informatizzata, per quanto di competenza, per l'effettivo funzionamento delle singole componenti del nuovo sistema (richiesta consulenze, richiesta esami di laboratorio, ecc.) <i>Indicatore/risultato atteso:</i> SI/No indicazione da parte del SIA	5

10	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%.	10
11	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. Indicatore/risultato atteso: trasmissione dei dati richiesti entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso - Chiusura . SDO entro 20gg dalla	5
12	Partecipazione ad eventi/corsi in materia di prevenzione della corruzione , etica e legalità, codice di comportamento <i>Indicatore/risultato atteso:</i> almeno 1 evento formativo/anno	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	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 2022 POTREBBERO ESSERE RIMODULATI NEL CORSO DELL'ANNO QUALORA INTERVENGANO VARIAZIONI NORMATIVE E/O ASSEGNAZIONE DI OBIETTIVI REGIONALI

2022

CdR

1 - SERVIZI OSPEDALIERI - ASL FG - Foggia

LABORATORIO ANALISI CERIGNOLA - OBIETTIVI QUALI/QUANTITATIVI

peso

1	Riduzione tempi di esecuzione , refertazione e consegna degli esami per pazienti sospetti Covid in OBI - Pronto soccorso <i>Indicatore/risultato atteso:</i> min 30 minuti max 120 minuti in base alla tipologia dell'esame	10
2	Riduzione tempi di esecuzione , refertazione e consegna degli esami per posti letto Covid dalla Terapia intensiva e semi intensiva, dalla Medicina interna, Cardiologia, ginecologia , Pediatria e neonatologia <i>Indicatore/risultato atteso:</i> min 30 minuti max 120 minuti in base alla tipologia dell'esame	10
3	Consegna ai pazienti del Pin al fine di poter visualizzare on-line e stampare i referti degli esami di laboratorio , in alternativa al tradizionale ritiro cartaceo. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Relazione	5
4	Diffusione ed utilizzo del Fascicolo Sanitario <i>Indicatore/risultato atteso:</i> % del numero di referti di laboratorio conferiti al FSE rispetto al totale prodotto > 90%.	10
5	Unificare le codifiche interne con le codifiche (codici delle prestazioni) dei Laboratori in base al Tariffario Nazionale. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> SI / NO riscontro con il SIA	10
6	Completamento trasferimento, in collaborazione con l'Area Tecnica dai vecchi ai nuovi locali del servizio laboratorio analisi entro il 2022 <i>Indicatori/risultato atteso:</i> Si/No	10
7	Attivazione e gestione informatizzata dei magazzini di reparto <i>Indicatore/risultato atteso:</i> utilizzo dell'applicativo ≥30%	10
8	Concorrere al pieno funzionamento della Cartella clinica per quanto di competenza, per l'effettivo funzionamento delle singole componenti del nuovo sistema (trasmissione informatica degli esiti degli esami i di laboratorio alle varie UU.OO.). <i>Indicatore/risultato atteso:</i> esiti trasmessi/richieste esami ≥ 90%.	10
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>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
10	Partecipazione ad eventi/corsi in materia di prevenzione della corruzione , etica e legalità, codice di comportamento <i>Indicatore/risultato atteso:</i> almeno 1 evento formativo/anno	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	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)

Ai sensi del D.Lgs. n. 205/2005 (Codice di Procedura Amministrativa) e successive modifiche e integrazioni, l'eventuale firma elettronica qualificata o la firma informatica sottoscritta con firma digitale qualificata sostituisce il documento cartaceo sottoscritto con firma autografa.

2022 CdR	1 - SERVIZI OSPEDALIERI - ASL FG - Foggia LABORATORIO ANALISI SAN SEVERO - OBIETTIVI QUALI/QUANTITATIVI	peso
1	Riduzione tempi di esecuzione , refertazione e consegna degli esami per pazienti sospetti Covid in OBI - Pronto soccorso <i>Indicatore/risultato atteso:</i> min 30 minuti max 120 minuti in base alla tipologia dell'esame	10
2	Riduzione tempi di esecuzione , refertazione e consegna degli esami per posti letto Covid dalla Terapia intensiva e semi intensiva, dalla Medicina interna, Cardiologia, ginecologia , Pediatria e neonatologia <i>Indicatore/risultato atteso:</i> min 30 minuti max 120 minuti in base alla tipologia dell'esame	10
3	Consegna ai pazienti del Pin al fine di poter visualizzare on-line e stampare i referti degli esami di laboratorio , in alternativa al tradizionale ritiro cartaceo. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Relazione	5
4	Diffusione ed utilizzo del Fascicolo Sanitario <i>Indicatore/risultato atteso:</i> % del numero di referti di laboratorio conferiti al FSE rispetto al totale prodotto > 90%.	10
5	Unificare le codifiche interne con le codifiche (codici delle prestazioni) dei Laboratori in base al Tariffario Nazionale. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> SI / NO riscontro con il SIA	10
6	Potenziamento dello screening colon-retto <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Lettura dei test pervenuti =100% e comunicazione dei test positivi al Centro screening entro 21 gg dalla riconsegna del FOBT da parte dell'utente	10
7	Concorrere al pieno funzionamento della Cartella clinica per quanto di competenza, per l'effettivo funzionamento delle singole componenti del nuovo sistema (trasmissione informatica degli esiti degli esami di laboratorio alle varie UU.OO.). <i>Indicatore/risultato atteso:</i> esiti trasmessi/ricieste esami ≥ 90%.	10
8	Attivazione e gestione informatizzata dei magazzini di reparto <i>Indicatore/risultato atteso:</i> utilizzo dell'applicativo ≥30%	10
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>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
10	Partecipazione ad eventi/corsi in materia di prevenzione della corruzione , etica e legalità, codice di comportamento <i>Indicatore/risultato atteso:</i> almeno 1 evento formativo/anno	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	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 2022 POTREBBERO ESSERE RIMODULATI NEL CORSO DELL'ANNO QUALORA INTERVENGANO VARIAZIONI NORMATIVE E/O ASSEGNAZIONE DI OBIETTIVI REGIONALI
Ai sensi del D.Lgs. n.82 del 7 marzo 2005 (Codice dell' Amministrazione Digitale) e successive modifiche, integrazioni e norme collegate, il presente documento informatico sottoscritto con firma digitale qualificata sostituisce il documento cartaceo sottoscritto con firma autografa.

2022

CdR

1 - SERVIZI OSPEDALIERI - ASL FG - Foggia**LABORATORIO ANALISI MANFREDONIA QUALI/QUANTITATIVI****peso**

1	Riduzione tempi di esecuzione , refertazione e consegna degli esami per pazienti sospetti Covid in OBI - Pronto soccorso <i>Indicatore/risultato atteso:</i> min 30 minuti max 120 minuti in base alla tipologia dell'esame	15
2	Consegna ai pazienti del Pin al fine di poter visualizzare on-line e stampare i referti degli esami di laboratorio , in alternativa al tradizionale ritiro cartaceo. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Relazione	5
3	Esecuzione e processazione dei tamponi in Biologia Molecolare per la diagnosi da Covid-19 <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Relazione con l'indicazione del numero di esami	15
4	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
5	Unificare le codifiche interne con le codifiche (codici delle prestazioni) dei Laboratori in base al Tariffario Nazionale. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> SI / NO riscontro con il SIA	10
6	Concorrere al pieno funzionamento della Cartella clinica per quanto di competenza, per l'effettivo funzionamento delle singole componenti del nuovo sistema (trasmissione informatica degli esiti degli esami i di laboratorio alle varie UU.OO.). <i>Indicatore/risultato atteso:</i> esiti trasmessi/richieste esami \geq 90%.	10
7	Attivazione e gestione informatizzata dei magazzini di reparto <i>Indicatore/risultato atteso:</i> utilizzo dell'applicativo \geq 30%	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.	5
9	Partecipazione ad eventi/corsi in materia di prevenzione della corruzione , etica e legalità, codice di comportamento <i>Indicatore/risultato atteso:</i> almeno 1 evento formativo/anno	10
10	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	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 2022 POTREBBERO ESSERE RIMODULATI NEL CORSO DELL'ANNO QUALORA INTERVENGANO VARIAZIONI NORMATIVE E/O ASSEGNAZIONE DI OBIETTIVI REGIONALI

2022 CdR	1 - SERVIZI OSPEDALIERI - ASL FG - Foggia RADIODIAGNOSTICA - OBIETTIVI QUALI/QUANTITATIVI	peso
1	Consegna referti per prestazioni interne entro 48 h e per esterni entro 10gg <i>Indicatore/risultato atteso: Relazione</i>	10
2	Incremento dello screening mammografico <i>Indicatore/risultato atteso: Incremento del 20% degli inviti rispetto al 2021</i>	15
3	Rispetto tempi di attesa per mammografia in considerazione delle classi di priorità <i>Indicatore/risultato atteso: Riduzione tempi di attesa rispetto al 2021</i>	10
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>Indicatore/risultato atteso: i dati e le informazioni dovranno essere trasmessi entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso informativo secondo le indicazioni e i termini previste dalla Deliberazione di G.R.</i>	10
5	Attivazione e gestione informatizzata dei magazzini di reparto <i>Indicatore/risultato atteso: utilizzo dell'applicativo ≥30%</i>	10
6	Consegna ai pazienti del Pin al fine di poter visualizzare on-line e stampare i referti degli esami radiologici , in alternativa al tradizionale ritiro cartaceo. <i>Indicatore/risultato atteso: Relazione</i>	5
7	Attivazione telegestione delle immagini radiologiche in urgenza <i>Indicatore/risultato atteso: Relazione</i>	10
8	Garanzia di accessi separati ed in sicurezza di utenti e predisposizione di un accesso dedicato per effettuazione di esami radiologici e di diagnostica per immagini per pazienti esterni <i>Indicatore/risultato atteso: Relazione con l'indicazione della data di attivazione</i>	10
9	Partecipazione ad eventi/corsi in materia di prevenzione della corruzione , etica e legalità, codice di comportamento <i>Indicatore/risultato atteso: almeno 1 evento formativo/anno</i>	10
10	Collaborazione intra-dipartimentale e inter-dipartimentale di tutte le strutture afferenti al dipartimento anche attraverso la <i>Indicatore/risultato atteso: Relazione del Direttore di dipartimento</i>	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 2022 POTREBBERO ESSERE RIMODULATI NEL CORSO DELL'ANNO QUALORA INTERVENGANO VARIAZIONI NORMATIVE E/O ASSEGNAZIONE DI OBIETTIVI REGIONALI

2022**1 - SERVIZI OSPEDALIERI - ASL FG - Foggia**

CdR

SSD SENOLOGIA TERRITORIALE - OBIETTIVI QUALI/QUANTITATIVI**peso**

1	Estensione screening mammografico <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Incremento delle sedute settimanali dedicati allo screening di 1° livello in funzione del mantenimento degli standard minimi	10
2	Riduzione dei tempi di lettura degli screening di I° livello <i>Indicatore/risultato atteso:</i> lettura entro 15 gg. (dato nazionale 28 gg)	10
3	Rispetto tempi di attesa per mammografia in considerazione delle classi di priorità <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Riduzione tempi di attesa rispetto al 2021	10
4	Riduzione dei tempi di attesa per il II° livello <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Richiami entro 10 gg.	10
5	Incremento delle prestazioni di senologia clinica <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Incremento del 20% rispetto al 2021	10
6	Riduzione dei tempi di refertazione <i>Indicatore/risultato:</i> In giornata per pz interni, entro 5 gg per pz esterni;	10
7	Utilizzo del sistema regionale SIRS-Dedalus <i>Indicatore/risultato:</i> 100% inserimento esami	10
8	Esecuzione follow-up oncologici <i>Indicatore/risultato:</i> Esecuzione entro 10gg	10
9	Partecipazione ad eventi/corsi in materia di prevenzione della corruzione , etica e legalità, codice di comportamento <i>Indicatore/risultato atteso:</i> almeno 1 evento formativo/anno	10
10	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	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 2022 POTREBBERO ESSERE RIMODULATI NEL CORSO DELL'ANNO QUALORA INTERVENGANO VARIAZIONI NORMATIVE E/O ASSEGNAZIONE DI OBIETTIVI REGIONALI

2022		1 - SERVIZI OSPEDALIERI - ASL FG - Foggia	
CdR	SSD RADIODIAGNOSTICA TERRITORIALE III LIVELLO		peso
1	Rispetto tempi di attesa per mammografia in considerazione delle classi di priorità <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Riduzione tempi di attesa rispetto al 2021		10
2	Verifica di almeno il 15% delle richieste di esami su grandi macchine (Tc/RM) e segnalazione al RULA delle anomalie riscontrate <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Predisposizione ed invio al Direttore di dipartimento di tre report annuali con l'elenco analitico delle prestazioni erogate e sottoposte a controllo ed indicazione dell'anomalia		10
3	Massimizzare l'utilizzo delle attrezzature radiologiche <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Incremento del 20% rispetto all'anno 2021 delle prestazioni di TC e RM		10
4	Rispetto tempi di attesa per mammografia in considerazione delle classi di priorità <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Riduzione tempi di attesa rispetto al 2021		10
5	Implementazione dello screening mammografico <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Incremento del 20% rispetto al 2021		10
6	Utilizzo del sistema regionale SIRS-Dedalus <i>Indicatore/risultato:</i> 100% inserimento esami		10
7	Riduzione dei tempi di refertazione <i>Indicatore/risultato:</i> Refertazione entro 7 gg		10
8	Utilizzo del sistema regionale SIRS-Dedalus <i>Indicatore/risultato:</i> 100% inserimento esami		10
9	Partecipazione ad eventi/corsi in materia di prevenzione della corruzione, etica e legalità, codice di comportamento <i>Indicatore/risultato atteso:</i> almeno 1 evento formativo/anno		10
10	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		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 2022 POTREBBERO ESSERE RIMODULATI NEL CORSO DELL'ANNO QUALORA INTERVENGANO VARIAZIONI NORMATIVE E/O ASSEGNAZIONE DI OBIETTIVI REGIONALI

2022**EMERGENZA-URGENZA - ASL FG Foggia**

CdR

MED. E CHIR. D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA - OBIETTIVI QUALI/QUANTITATIVI**PESO**

1	<p>Concorrere al pieno funzionamento della Cartella clinica informatizzata, per quanto di competenza, per l'effettivo funzionamento delle singole componenti del nuovo sistema (richiesta consulenze, richiesta esami di laboratorio, ecc.).</p> <p><i>Indicatore/risultato atteso:</i> SI/No indicazione da parte del SIA</p>	10
2	<p>Miglioramento attività di "filtro" del reparto.</p> <p><i>Indicatore/risultato atteso:</i> tasso di ricovero < 20% (laddove non in linea con valori standard)</p>	10
3	<p>Analisi degli accessi classificati sinteticamente con gli esiti</p> <p><i>Indicatore/risultato atteso:</i> Report trimestrale</p>	10
4	<p>Abbandoni da Pronto Soccorso</p> <p><i>Indicatore/risultato atteso:</i> <i>Miglioramento performance 2019 (laddove non in linea con valori standard)</i></p>	10
5	<p>% di accessi in Pronto Soccorso con codice arancione visitati entro 30 min</p> <p><i>Indicatore/risultato atteso:</i> <i>Miglioramento performance 2019 (laddove non in linea con valori standard)</i></p>	10
6	<p>Applicazione di un protocollo condiviso sulla gestione del dolore toracico (MCAU-Cardiologia) per contribuire alla riduzione della mortalità a 30 gg. dopo IMA.</p> <p><i>Indicatore:</i> % pazienti con dolore toracico trattati secondo le procedure previste nel protocollo</p>	10
7	<p>Attivazione e gestione informatizzata dei magazzini di reparto</p> <p><i>Indicatore/risultato atteso:</i> utilizzo dell'applicativo ≥30%</p>	10
8	<p>Rispetto della normativa vigente, degli standard e delle disposizioni regionali in materia di Sanità elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali e aziendali.</p> <p><i>Indicatore/risultato atteso:</i> I dati e le informazioni dovranno essere trasmessi entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso informativo secondo le indicazioni e i termini previste dalla Deliberazione di G.R.</p>	10
9	<p>Integrazione con il 118 e con i DSS di appartenenza coordinata dal Responsabile Dip. Di Emergenza-Urgenza</p> <p><i>Indicatore/risultato atteso:</i> N° 2 incontri annui (uno con il 118 e uno con il DSS di riferimento) da verbalizzare .</p>	10
10	<p>Partecipazione ad eventi/corsi in materia di prevenzione della corruzione , etica e legalità, codice di comportamento</p> <p><i>Indicatore/risultato atteso:</i> almeno 1 evento formativo/anno</p>	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 2022 POTREBBERO ESSERE RIMODULATI NEL CORSO DELL'ANNO QUALORA INTERVENGANO VARIAZIONI NORMATIVE E/O ASSEGNAZIONE DI OBIETTIVI REGIONALI

2022

CdR

IMMUNOTRASFUSIONALE - ASL FG - Foggia**SEZIONE TRASFUSIONALE P.O. CERIGNOLA- OBIETTIVI QUALI/QUANTITATIVI****peso**

1	Garantire l'autosufficienza di emocomponenti ed emoderivati nei PP.OO. Assegnati e contribuire all'autosufficienza regionale degli stessi <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Rendiconto trimestrale su richieste all'esterno.	15
2	Attivazione di esami da eseguire come controllo di qualità sulle unità di sangue ed ogni tipo di emocomponente per garantire la qualità della produzione e la sicurezza del paziente <i>Indicatore/risultato atteso:</i> SI/No Relazione	15
3	Stipulare accordo/convenzioni con le Case di Cura private finalizzati alla cessione di emocomponenti. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Almeno n. 1 convenzione/accordo.	15
4	Gestione del paziente anemico <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Relazione dettagliata	15
5	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
6	Attivazione e gestione informatizzata dei magazzini di reparto <i>Indicatore/risultato atteso:</i> utilizzo dell'applicativo $\geq 30\%$	5
7	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	5
8	Mantenimento dell'Accreditamento dei CT. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> SI/NO.	5
9	Gestione delle Linee guida PBM e corretta applicazione della procedura operativa standard richiesta , assegnazione e consegna emocomponenti <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Relazione	5
10	Partecipazione ad eventi/corsi in materia di prevenzione della corruzione , etica e legalità, codice di comportamento <i>Indicatore/risultato atteso:</i> almeno 1 evento formativo/anno	5
11	Collaborazione intra-dipartimentale e con le Direzioni mediche ed amministrative di presidio di tutte le strutture afferenti al dipartimento anche attraverso la condivisione di risorse umane e tecnologiche <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Relazione	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 2022 POTREBBERO ESSERE RIMODULATI NEL CORSO DELL'ANNO QUALORA INTERVENGANO VARIAZIONI NORMATIVE E/O ASSEGNAZIONE DI OBIETTIVI REGIONALI

2022**IMMUNOTRASFUSIONALE - ASL FG - Foggia**

CdR	SEZIONE TRASFUSIONALE P.O. MANFREDONIA - OBIETTIVI QUALI/QUANTITATIVI	peso
1	Garantire l'autosufficienza di emocomponenti ed emoderivati nei PP.OO. Assegnati e contribuire all'autosufficienza regionale degli stessi <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Rendiconto trimestrale su richieste all'esterno.	15
2	Attivazione di esami da eseguire come controllo di qualità sulle unità di sangue ed ogni tipo di emocomponente per garantire la qualità della produzione e la sicurezza del paziente <i>Indicatore/risultato atteso:</i> SI/No	15
3	Gestione del paziente in terapia TAO <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Relazione dettagliata	15
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>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
5	Attivazione e gestione informatizzata dei magazzini di reparto <i>Indicatore/risultato atteso:</i> utilizzo dell'applicativo ≥30%	10
6	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
7	Mantenimento dell'Accreditamento dei CT. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> SI/NO.	5
8	Gestione delle Linee guida PBM e corretta applicazione della procedura operativa standard richiesta, assegnazione e consegna emocomponenti <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Relazione	10
9	Partecipazione ad eventi/corsi in materia di prevenzione della corruzione, etica e legalità, codice di comportamento <i>Indicatore/risultato atteso:</i> almeno 1 evento formativo/anno	5
10	Collaborazione intra-dipartimentale e con le Direzioni mediche ed amministrative di presidio di tutte le strutture afferenti al dipartimento anche attraverso la condivisione di risorse umane e tecnologiche <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Relazione	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 2022 POTREBBERO ESSERE RIMODULATI NEL CORSO DELL'ANNO QUALORA INTERVENGANO VARIAZIONI NORMATIVE E/O ASSEGNAZIONE DI OBIETTIVI REGIONALI

2022**IMMUNOTRASFUSIONALE - ASL FG - Foggia**

CdR	SEZIONE TRASFUSIONALE P.O. SAN SEVERO - OBIETTIVI QUALI/QUANTITATIVI	peso
1	Garantire l'autosufficienza di emocomponenti ed emoderivati nei PP.OO. Assegnati e contribuire all'autosufficienza regionale degli stessi <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Rendiconto trimestrale su richieste all'esterno.	15
2	Attivazione di esami da eseguire come controllo di qualità sulle unità di sangue ed ogni tipo di emocomponente per garantire la qualità della produzione e la sicurezza del paziente <i>Indicatore/risultato atteso:</i> SI/No	15
3	Gestione ambulatorio di supporto trasfusionale per pazienti anemici cronici <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Relazione dettagliata	15
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>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
5	Attivazione e gestione informatizzata dei magazzini di reparto <i>Indicatore/risultato atteso:</i> utilizzo dell'applicativo ≥30%	10
6	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
7	Mantenimento dell'Accreditamento dei CT. <i>Indicatore/risultato atteso:</i> SI/NO.	5
8	Gestione delle Linee guida PBM e corretta applicazione della procedura operativa standard richiesta , assegnazione e consegna emocomponenti <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Relazione	10
9	Partecipazione ad eventi/corsi in materia di prevenzione della corruzione , etica e legalità, codice di comportamento <i>Indicatore/risultato atteso:</i> almeno 1 evento formativo/anno	5
10	Collaborazione intra-dipartimentale e con le Direzioni mediche ed amministrative di presidio di tutte le strutture afferenti al dipartimento anche attraverso la condivisione di risorse umane e tecnologiche <i>Indicatore/risultato atteso:</i> Relazione	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 2022 POTREBBERO ESSERE RIMODULATI NEL CORSO DELL'ANNO QUALORA INTERVENGANO VARIAZIONI NORMATIVE E/O ASSEGNAZIONE DI OBIETTIVI REGIONALI

OBIETTIVI QUALI/QUANTITATIVI

Indicatore/risultato atteso

Peso

1	Vigilanza sull'uso appropriato degli antibiotici al fine del controllo delle resistenze batteriche	Valutazione della spesa antibiotici ad ampio spettro di azione o gravati da elevate resistenze in accordo con la farmacia	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 trasmettere 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 inappropriatezza.	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 diretta del primo ciclo con informazione alle strutture cliniche in accordo alla Farmacia ospedaliera	5
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%	5
6	Diffusione e corretta gestione della ricetta dematerializzata per le prestazioni specialistiche.	% delle ricette prescritte in modalità dematerializzata da medici specialisti > 90%.	5
7	Gestione autonoma dell'Agende CUP	Individuazione referente agende Cup e gestione delle stesse almeno al 60% da parte di operatori ASL	10
8	Programmazione aziendale finalizzato al recupero delle prestazioni ambulatoriali, prenotate e non erogate per effetto dell'emergenza COVID-19 e riattivazione delle agende per l'attività ambulatoriale	Relazione in accordo con le UU.OO. Coinvolte	5
9	Rispetto del Budget assegnato annualmente sullo straordinario e indennità chilometriche Distribuzione dello stesso all'interno delle strutture. Monitoraggio continuo ed analisi trimestrale sullo stato di avanzamento e sulle cause di scostamento del budget assegnato nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget, previo invio di report trimestrali di monitoraggio della spesa da parte dell'Area del Personale.	Spesa sostenuta = budget assegnato. Relazione 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 Farmacia Ospedaliera, di incontri con le singole UUOO sull'andamento della spesa per beni sanitari.	Relazione	5
12	Trasmissione/pubblicazione atti di competenza in Amministrazione Trasparente , nei modi e tempi previsti dall'allegato al PTPCT denominato "obblighi di pubblicazione"	Atti da pubblicare/atti pubblicati= 1	10
13	Monitoraggio periodico di primo livello delle misure anticorruptive aziendali	Rendicontazione semestrale tramite piattaforma centralizzata aziendale - N° 2 monitoraggi semestrali (entro il 15 luglio e il 15 gennaio)	5
14	Coordinare un sistema snello di gestione delle sale operatorie volto al rispetto dei tempi di ingresso in sala operatoria e alla corretta programmazione della seduta	Relazione	10
15	Partecipazione ad eventi/corsi in materia di prevenzione della corruzione , etica e legalità, codice di comportamento	almeno 1 evento formativo/anno	5
16	Riorganizzazione e gestione delle strutture ospedaliere e del personale a seconda dell'evoluzione dell'emergenza COVID-19 (posti letto, reparti covid e no-covid)	Relazione	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 2022 POTREBBERO ESSERE RIMODULATI NEL CORSO DELL'ANNO QUALORA INTERVENGANO VARIAZIONI NORMATIVE E/O ASSEGNAZIONE DI OBIETTIVI REGIONALI

	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 2022 < costo beni non sanitari 2019	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.	Tempo medio intercorrente tra la registrazione della fattura e la determina di liquidazione = 25gg.	10
5	Recupero somme per azioni di rivalsa sanitaria per conto Regione Puglia	Relazione su attività svolta	10
6	Procedure d'acquisto di attrezzature sanitarie di piccolo importo a supporto dell'attività sanitaria	N° 8 procedure	15
7	Gestione del Budget assegnato con Delibera Aziendale n.13/2022 sui programmi di spesa. Monitoraggio continuo ed analisi trimestrale sullo stato di avanzamento e sulle cause di scostamento del budget assegnato nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget.	Spesa sostenuta = budget assegnato. Relazione finale sullo stato di avanzamento del Budget e sulle cause degli eventuali scostamenti nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget.	10
8	Rispetto del Budget assegnato annualmente sullo straordinario, reperibilità e indennità chilometrica. Monitoraggio continuo ed analisi trimestrale sullo stato di avanzamento e sulle cause di scostamento del budget assegnato nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget.	Spesa sostenuta = budget assegnato. Relazione finale sullo stato di avanzamento del Budget e sulle cause degli eventuali scostamenti nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget.	10
9	Uniformare anagrafiche di magazzino economico	Si/No Relazione	10
10	Predisposizione piano ferie annuale, monitoraggio utilizzo ferie da parte del personale della struttura in conformità a quanto previsto dai CCNL e regolamenti aziendali e utilizzo Portale del dipendente del sistema informativo aziendale per le richieste, autorizzazioni, ferie e mancate timbrature	Indicatore/risultato atteso: monitoraggio ferie residue e utilizzo Portale del dipendente = 100%	5
11	Monitoraggio periodico di primo livello delle misure anticorruptive aziendali	Rendicontazione semestrale tramite piattaforma centralizzata aziendale - N° 2 monitoraggi semestrali (entro il 15 luglio e il 15 gennaio)	5
12	Applicazione delle prescrizioni contenute nel Codice di Comportamento e di tutti gli obblighi in esso previsti.	Realizzazione di n. 1 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.	5
13	Trasmissione/pubblicazione atti di competenza in Amministrazione Trasparente , nei modi e tempi previsti dall'allegato al PTPCT denominato "obblighi di pubblicazione"	Atti da pubblicare/atti pubblicati= 1	5
14	Partecipazione ad eventi/corsi in materia di prevenzione della corruzione , etica e legalità, codice di comportamento	almeno 1 evento formativo/anno	5

II RAGGIUNGIMENTO DI TUTTI GLI OBIETTIVI RIGUARDA L'INTERA EQUIPE

2022		8 - DISTRETTI SOCIO SANITARI - ASL FG	
CdR	DIREZIONE DISTRETTO		
	OBIETTIVI QUALI/QUANTITATIVI	Indicatore/risultato atteso	Peso
1	Monitoraggio appropriatezza prescrittiva -spesa farmaceutica	Incontri con i MMG e i PLS, a seguito di segnalazione del Servizio Farmaceutico o per audit interno, con scostamenti dalla spesa rispetto alla media regionale sulle molecole di cui alla DGR 203 dell'08/02/2021. Almeno n.1 incontro ogni trimestre	5
2	Collaborazione con il SISP per tutte le attività correlate all'emergenza sanitaria COVID-19	1)Organizzazione HUB distrettuale e coordinamento attività vaccinale dei MMG e PL, relazione trimestrale;2)Coordinamento in collaborazione con il NOAVACC della campagna vaccinale anti-SARS- COV-2 (% popolazione vaccinata)	5
3	Aggiornamento anagrafica sanitaria	Aggiornamento anagrafica entro 3 mesi dal ricevimento delle comunicazioni di deceduti e trasferiti da parte dei Comuni	5
4	Implementazione attività di teleconsulto per i consultori	Almeno il 30% di teleconsulto per singola attività e per singola struttura.	5
5	Applicazione cartella clinica digitalizzata su percorso nascita	n° cartelle digitalizzate/n° pazienti almeno pari al 50%	5
6	Riduzione della spesa protesica mediante verifica dell'appropriatezza prescrittiva ed applicazione linee guida aziendali	1)Trasmissione report trimestrali alla Direzione Strategica e al Controllo di Gestione; 2) Rispetto della spesa prevista nella delibera n.13/2022 (assegnazione budget)	10
7	Riduzione della spesa degli ausili per incontinenza mediante verifica dell'appropriatezza prescrittiva ed applicazione linee guida aziendali	1)Trasmissione report trimestrali alla Direzione Strategica e al Controllo di Gestione; 2) Rispetto della spesa prevista nella delibera n.13/2022 (assegnazione budget)	5
8	Monitoraggio mensile di tutti i pazienti assistiti in ADI per la media ed alta intensità	Relazione trimestrale da trasmettere alla Direzione Strategica e al Controllo di Gestione	5
9	Recupero somme ticket per prestazioni non effettuate e esenzioni non spettanti negli ultimi dieci anni	Completamento delle procedure di riscossione fino all'iscrizione a ruolo delle somme in oggetto	5
10	Recupero somme derivanti da mobilità internazionale	Caricamento su sistema ASPE della totalità delle fatture inerenti la mobilità sanitaria internazionale	5
11	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
12	Predisposizione autorizzazione per nuovo ingresso e rinnovi di pazienti in strutture socio-sanitarie	Svolgimento UVM, anche in modalità da remoto, entro i termini previsti dai Regolamenti regionale e ricognizione trimestrale per tipologia di struttura	5

13	Validazione, amministrativa e sanitaria, delle prestazioni erogate dalle strutture socio-sanitarie ricadenti nel proprio ambito territoriale	Trasmissione puntuale all'Area Coordinamento socio-sanitario delle notulazioni analitiche mensili prodotte dalle strutture corredate del visto di regolarità	5
14	Utilizzo nuova Cartella clinica ambulatoriale informatizzata su tutti i poliambulatori afferenti al Distretto	20% delle visite gestite con la nuova cartella clinica in fase di attivazione	5
15	Gestione autonoma delle Agende Cup	Individuazione referente agende Cup e gestione delle stesse almeno al 60% da parte di operatori ASL	5
16	Rispetto del Budget assegnato annualmente sullo straordinario (no Covid), 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
17	Monitoraggio periodico di primo livello delle misure anticorruptive aziendali	Rendicontazione semestrale tramite piattaforma centralizzata aziendale - N° 2 monitoraggi semestrali (entro il 15 luglio e il 15 gennaio)	5
18	Trasmissione/pubblicazione atti di competenza in Amministrazione Trasparente , nei modi e tempi previsti dall'allegato al PTPCT denominato "obblighi di pubblicazione"	Atti da pubblicare/atti pubblicati= 1	5
19	Partecipazione ad eventi/corsi in materia di prevenzione della corruzione , etica e legalità, codice di comportamento	almeno 1 evento formativo/anno	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 2022 POTREBBERO ESSERE RIMODULATI NEL CORSO DELL'ANNO QUALORA INTERVENGANO VARIAZIONI NORMATIVE E/O ASSEGNAZIONE DI OBIETTIVI REGIONALI

	OBIETTIVI QUALI/QUANTITATIVI	Indicatore/risultato atteso	Peso
1	Applicazione della DGR n. 1412/2021 in riferimento all'acquisto di prestazioni di Presidi di Riabilitazione extra regionale	Riduzione della spesa extra regionale di Riabilitazione relativamente a soggetti residenti almeno nella misura prevista nel Bilancio preventivo 2022	15
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(ENTRO 15 GG)	10
3	Garantire un numero di prestazioni ambulatoriali nei diversi Centri di Riabilitazione dell'intero territorio Aziendale coerente con il personale in servizio e con gli standard lavorativi.	n° ore lavorate =n° prestazioni erogate modello RIA 11 NSIS	10
4	Assolvimento attività ispettiva presso strutture ex art. 26	Almeno n° 2 /anno	10
5	Assolvimento attività ispettiva presso strutture ex art. 25	Almeno n° 2 /anno	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	Gestione del Budget assegnato con Delibera Aziendale n. 13/2022 sui programmi di spesa. Monitoraggio continuo ed analisi trimestrale sullo stato di avanzamento e sulle cause di scostamento del budget assegnato nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget.	Spesa sostenuta = budget assegnato. Relazione finale sullo stato di avanzamento del Budget e sulle cause degli eventuali scostamenti nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget.	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.	5
13	Monitoraggio periodico di primo livello delle misure anticorruptive aziendali	Rendicontazione semestrale tramite piattaforma centralizzata aziendale - N° 2 monitoraggi semestrali (entro il 15 luglio e il 15 gennaio)	5
14	Trasmissione/pubblicazione atti di competenza in Amministrazione Trasparente , nei modi e tempi previsti dall'allegato al PTPCT denominato "obblighi di pubblicazione"	Atti da pubblicare/atti pubblicati= 1	10
15	Partecipazione ad eventi/corsi in materia di prevenzione della corruzione , etica e legalità, codice di comportamento	almeno 1 evento formativo/anno	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 2022 POTREBBERO ESSERE RIMODULATI NEL CORSO DELL'ANNO QUALORA INTERVENGANO VARIAZIONI NORMATIVE E/O ASSEGNAZIONE DI OBIETTIVI REGIONALI

2022

10 - DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE - ASL FG Foggia

CdR

S.C. -SSD SERD

	OBIETTIVI QUALI/QUANTITATIVI	Indicatore/risultato atteso	Peso
1	Prevenzioni degli incidenti sul lavoro e delle patologie alcool-correlate.	N° 10 incontri di sensibilizzazione del personale ASL sulle tematiche alcol-correlate (se permesso dalle norme anti-Covid-19) In alteranitiva n. 5 incontri online rivolti al personale ASL	15
2	Progetto specifico per la dipendenza patologica da gioco d'azzardo : prosecuzione delle azioni del progetto già programmare compatibilmente con le norme anti Covid-19, in collegamento con la cabina di regia regionale	Si/No Relazione	10
3	Predisposizione ed attuazione, in collaborazione con il DSM, di un protocollo per prestazione inerenti pazienti con " doppia diagnosi"	Formulazione protocollo	10
4	Iniziative in tema di contrasto alla corruzione e illegalità in osservanza del PTPC ASL FG : registrazione sulla cartella clinica del processo decisionale che porta all'individuazione della Comunità terapeutica sottoscritto e firmato da almeno tre componenti dell'equipe	100% degli invii in comunità in cui sia documentabile l'applicazione del protocollo. Relazione	10
5	Report sulla popolazione utente 2022. Tipologia di assistiti, indicazione dei nuovi utenti e numero di invii in CT. Decrizione dei cambiamenti indotti dalla pandemia e confronto con i dati dell'anno 2021 e 2022	Relazione corredata da report	5
6	Formazione ai dipendenti sull'utilizzo dei Protocolli nella prevenzione dell'esposizione da Covid-19 ed attuazione di comportamenti volti a contenere il contagio	Relazione circostanziata con l'indicazione delle giornate di formazione	10
7	Controllo e rendicontazione semestrale della spesa verso comunità terapeutiche provinciali, regionali ed extraregionali, evidenziando per ogni struttura numero di utenti, giornate di degenza e retta giornaliera.	N° 2 report semestrali	5
8	Gestione del Budget assegnato con Delibera Aziendale n. 13/2022 sui programmi di spesa e rispetto del buget 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	Tempo medio intercorrente tra la registrazione della fattura e la determina di liquidazione = 20 gg.	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
14	Monitoraggio periodico di primo livello delle misure anticorruptive aziendali	Rendicontazione semestrale tramite piattaforma centralizzata aziendale - N° 2 monitoraggi semestrali (entro il 15 luglio e il 15 gennaio)	5
15	Trasmissione/pubblicazione atti di competenza in Amministrazione Trasparente , nei modi e tempi previsti dall'allegato al PTPCT denominato "obblighi di pubblicazione"	Atti da pubblicare/atti pubblicati= 1	5
16	Partecipazione ad eventi/corsi in materia di prevenzione della corruzione , etica e legalità, codice di comportamento	almeno 1 evento formativo/anno	5

II RAGGIUNGIMENTO DI TUTTI GLI OBIETTIVI RIGUARDA L'INTERA EQUIPE

2022	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 mantenimento 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 2021 salvo inserimenti disposti dall'Autorità giudiziaria	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 30/07/2022; 2) pianificazione interventi e riduzione dei pazienti fuori ASL rispetto all'anno precedente	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 con mantenimento o 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	% Numero assistiti presso DSM nell'anno della rilevazione	≥ 10,82	5
5	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 2020 2) Mantenimento delle prestazioni erogate tramite il CAT	5
6	Potenziamento dell'assistenza neuropsichiatrica infantile ambulatoriale e domiciliare anche attraverso l'utilizzo dei finanziamenti finalizzati ex DGR 1721/2012	Mantenimento dei livelli assistenziali	5
7	Attivazione di prestazioni in telemedicina e utilizzo delle piattaforme Web da parte del Servizio di neuropsichiatria dell' Infanzia e dell'Adolescenza ed anche da parte del Servizio di Integrazione Scolastica.	relazione con indicazione delle prestazioni in telemedicina	10
8	Redazione Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo Edotto	100% Piani terapeutici informatizzati	5
9	Predisposizione ed attuazione, in collaborazione con il DDP, di un protocollo per prestazione inerenti pazienti con " doppia diagnosi"	Formulazione protocollo	5

2022**11 - DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE - ASL FG Foggia**

10	Miglioramento dei propri tempi medi di pagamento relativi ad acquisti di beni, servizi e forniture	Tempo medio intercorrente tra la registrazione della fattura e la determina di liquidazione = 25 gg.	5
11	Riduzione del numero dei ricoveri ripetuti (revolving door) rispetto all'anno precedente.	Valutazione trimestrale del numero e della prevalenza dei ricoveri "revolving door" rispetto all'anno precedente	5
12	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	5
13	Riduzione del numero assoluto e del tasso percentuale di TSO e ASO	1) Istituzione registro TSO e ASO;2) Riduzione dei TSO rispetto all'anno precedente	5
14	Miglioramento della qualità dei servizi offerti alla famiglie degli utenti con particolare riferimento alla gestione dello Stress e del Trauma familiare ed individuale attraverso tecniche psicoterapeutiche Evidence Based, tra le quali EMDR, utile anche per l'assistenza psicologica sia nell'attuale contesto dell'Emergenza Covid-19 sia nel post emergenza (Competenza del Servizio di Psicologia Clinica)	1)Organizzazione di "Attività di ascolto psicologico telefonico" per la gestione dell'emergenza Covid-19; 2) Progetto di formazione su Tecniche Psicoterapeutiche e di Supporto Psicosociale specifiche per la gestione dello Stress e del Trauma , tra le quali l'EMDR	10
14	Monitoraggio periodico di primo livello delle misure anticorruptive aziendali	Rendicontazione semestrale tramite piattaforma centralizzata aziendale - N° 2 monitoraggi semestrali (entro il 15 luglio e il 15 gennaio)	5
15	Trasmissione/pubblicazione atti di competenza in Amministrazione Trasparente , nei modi e tempi previsti dall'allegato al PTPCT denominato "obblighi di pubblicazione"	Atti da pubblicare/atti pubblicati= 1	5
16	Partecipazione ad eventi/corsi in materia di prevenzione della corruzione , etica e legalità, codice di comportamento	almeno 1 evento formativo/anno	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 2022 POTREBBERO ESSERE RIMODULATI NEL CORSO DELL'ANNO QUALORA INTERVENGANO VARIAZIONI NORMATIVE E/O ASSEGNAZIONE DI OBIETTIVI REGIONALI

2022**11 - DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE - ASL FG Foggia****CdR****SSD Psichiatria penitenziaria e autori di reato****OBIETTIVI QUALI/QUANTITATIVI****Indicatore/risultato atteso****Peso**

1	Predisposizione ed attuazione di un protocollo, in collaborazione con i CSM , SPDC e i Distretti di San Severo, Lucera e Foggia, per la gestione diretta delle prestazioni inerenti alla salute mentale dei detenuti presso le case circondariali e le strutture riabilitative del DSM presenti sul territorio di competenza dell'ASL	Formulazione protocollo	20
2	Predisposizione ed attuazione di un protocollo , in collaborazione con i CSM, SPDC per la gestione diretta delle prestazioni inerenti alla salute mentale dei pazienti psichiatrici autori di reato presso i DSM e le Strutture deputate al loro trattamento (REMS, CRAP, Centri diurni)	Formulazione protocollo	15
3	Predisposizione ed attuazione, in collaborazione con il DDP, di un protocollo per prestazione inerenti pazienti con " doppia diagnosi"	Formulazione protocollo	15
4	Monitoraggio con l'ausilio di scale standardizzate dei pazienti a rischio di suicidio presso le Case circondariali della provincia di Foggia	80% dei pazienti monitorati	15
5	Presa in carico dei pazienti autori di reati anche precedentemente inseriti in Rems	1) n° di pazienti presi in carico 2) Elaborazione ed attuazione dei PTRI (Progetti Terapeutico-Riabilitativi Individualizzati)	10
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 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.	15
7	Partecipazione ad eventi/corsi in materia di prevenzione della corruzione , etica e legalità, codice di comportamento	almeno 1 evento formativo/anno	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 2022 POTREBBERO ESSERE RIMODULATI NEL CORSO DELL'ANNO QUALORA INTERVENGANO VARIAZIONI NORMATIVE E/O ASSEGNAZIONE DI OBIETTIVI REGIONALI

2022**11 - DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE - ASL FG Foggia****CdR****SPDC****OBIETTIVI QUALI/QUANTITATIVI****Indicatore/risultato atteso****Peso**

1	Implementazione del numero di ricoveri di pazienti provenienti da altre Asl della Regione	Incremento del 2% rispetto al 2021	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	Incremento dell' 1% rispetto al 2021	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	Riduzione del 20% rispetto al 2016 (DGR 2437/2020)	5
4	Applicazione di modelli condivisi della rete di rapporto SPDC - Territorio, con particolare attenzione alla disponibilità di posti letto dedicati al territorio competente e di equipe territoriale che visitino almeno una volta i propri assistiti quando ricoverati.	1)formulazione di una cek list al fine di valutare l'adozione del protocollo; 2) mantenimento di un registro da cui evince i tempi medi di esecuzione della visita/consulenza	10
5	Concorrere al pieno funzionamento della Cartella clinica informatizzata, per quanto di competenza, per l'effettivo funzionamento delle singole componenti del nuovo sistema (richiesta consulenze, richiesta esami di laboratorio, ecc.)	SI/No indicazione da parte del SIA	10
6	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%.	5
7	Rispetto della normativa vigente, degli standard e delle disposizioni regionali in materia di Sanità elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali e aziendali.	trasmissione dei dati richiesti entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso -Chiusura SDO entro 20 gg dalla dimissione	5
8	Attività di "filtro" di med. Chir. Urg-accettazione e Servizi territoriali: attivazione di protocolli e procedure in collaborazione con la Dir. Sanitaria di PO, UO di med. Chir. Urg e Servizi	n° 2 di incontri, verbali e protocolli d'intesa.	10

2022**11 - DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE - ASL FG Foggia**

9	Garantire adeguati livelli di discussione degli aspetti organizzativi, delle pratiche professionali, dei casi difficili e la formazione, sia sul campo che strutturata, per la prevenzione e la gestione della violenza, del burn out e la prevenzione della contenzione; la formazione deve essere rivolta a tutte le figure coinvolte, sanitarie e non della U.O.	1) almeno n. 4 incontri verbalizzati 2) Partecipazione al tavolo tecnico (tra reparti e territorio) dove condividere soluzioni e modalità di monitoraggio: almeno n. 4 incontri del Comitato di Dipartimento.	10
10	Attivazione e gestione informatizzata dei magazzini di reparto	utilizzo applicativo ≥30%	10
11	Miglioramento della gestione degli eventi avversi	Indicatore/risultato atteso: n° 3 audit verbalizzati da inviare alla SSD rischio clinico	5
12	Partecipazione ad eventi/corsi in materia di prevenzione della corruzione, etica e legalità, codice di comportamento	almeno 1 evento formativo/anno	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 2022 POTREBBERO ESSERE RIMODULATI NEL CORSO DELL'ANNO QUALORA INTERVENGANO VARIAZIONI NORMATIVE E/O ASSEGNAZIONE DI OBIETTIVI REGIONALI

2022

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)	15
2	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
3	Gestione del Budget assegnato con Delibera Aziendale n. 13/2022 sui programmi di spesa. Monitoraggio continuo ed analisi trimestrale sullo stato di avanzamento e sulle cause di scostamento del budget assegnato nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget.	Spesa sostenuta = budget assegnato. Relazione finale sullo stato di avanzamento del Budget e sulle cause degli eventuali scostamenti nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget.	10
4	Rispetto del Budget assegnato annualmente sullo straordinario, reperibilità e indennità chilometrica. Monitoraggio continuo ed analisi trimestrale sullo stato di avanzamento e sulle cause di scostamento del budget assegnato nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget.	Assegnazione dei relativi Budget per singolo Servizio / UOC e monitoraggio sul rispetto degli stessi	10
5	Monitoraggio periodico di primo livello delle misure anticorruptive aziendali	Rendicontazione semestrale tramite piattaforma centralizzata aziendale - N° 2 monitoraggi semestrali (entro il 15 luglio e il 15 gennaio)	10
7	Applicazione delle prescrizioni contenute nel Codice di Comportamento e di tutti gli obblighi in esso previsti.	Realizzazione di n. 1 audit interni verbalizzati relativi al Cod. di Comport. ed attività poste in essere per il rispetto dello stesso.	10
6	Trasmissione/pubblicazione atti di competenza in Amministrazione Trasparente , nei modi e tempi previsti dall'allegato al PTPCT denominato "obblighi di pubblicazione"	Atti da pubblicare/atti pubblicati= 1	10
7	Partecipazione ad eventi/corsi in materia di prevenzione della corruzione , etica e legalità, codice di comportamento	almeno 1 evento formativo/anno	10
8	Collaborazione di tutte 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 2022 POTREBBERO ESSERE RIMODULATI NEL CORSO DELL'ANNO QUALORA INTERVENGANO VARIAZIONI NORMATIVE E/O ASSEGNAZIONE DI OBIETTIVI REGIONALI

SERVIZIO DI IGIENE E SANITA' PUBBLICA – SISP			
CdR	OBIETTIVI QUALI/QUANTITATIVI	Indicatore/risultato atteso	Peso
1	Potenziamento copertura Vaccinale - Vaccinazione Antinfluenzale per anziani.	Pianificazione e coordinamento dell'attività attraverso incontri verbalizzati con i MMG (almeno n. 3) al fine di realizzare 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 B7.3).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 Centro Screening:estensione- invio inviti Screening mammografico ca.mammella-estensione 18,20% Screening citologico ca. utero-estensione 15,20% Screening ca. colon retto-estensione 36,00%	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	Vigilare sulle strutture sanitarie e socio assistenziali in modo da contribuire a contrastare il fenomeno dell'abusivismo professionale sanitario. Eseguire sopralluoghi e controlli sui locali delle strutture accreditate per verificare il possesso dei requisiti L.R. n. 9/017 e s.m.e int. Regolamento regionale n. 3/2005 e 3/2010 .	1)Strutture accreditate controllate / numero di strutture accreditate da controllare ≥25%. 2)Fornire elenco delle strutture da controllare e dei controlli eseguiti e la statistica degli esiti.	5

9	Sorvegliare gli eventi avversi al vaccino anti meningococco B	Arruolare annualmente N° 200 bambini per l'intera ASL, da sottoporre a vaccinazione. Di almeno 100 bambini (50% dei soggetti arruolati) dovrà pervenire diario clinico di sorveglianza settimanale . N° 100 diari clinici di sorveglianza acquisiti su 200.	5
10	Sorvegliare le malattie infettive e gestire le emergenze in modo coordinato e tempestivo. Effettuare le indagini epidemiologiche nei tempi previsti, migliorare tutti i sistemi di sorveglianza, gestire le emergenze infettive in maniera coordinata e tempestiva. Applicare tempestivamente, se necessario, le misure di profilassi secondo le tempistiche previste dal DM 15/12/90 e relativa regolamentazione regionale.	1) N° notifiche inviate in Regione / N° notifiche pervenute = 1; 2) N° di allerta inviati in regione / N° malattie da segnalare come allerta = 1	5
11	Monitoraggio periodico di primo livello delle misure anticorruptive aziendali	Rendicontazione semestrale tramite piattaforma centralizzata aziendale - N° 2 monitoraggi semestrali (entro il 15 luglio e il 15 gennaio)	5
12	Trasmissione/pubblicazione atti di competenza in Amministrazione Trasparente , nei modi e tempi previsti dall'allegato al PTPCT denominato "obblighi di pubblicazione"	Atti da pubblicare/atti pubblicati= 1	5
13	Partecipazione ad eventi/corsi in materia di prevenzione della corruzione , etica e legalità, codice di comportamento	almeno 1 evento formativo/anno	5
14	Avviamento cartella clinica digitalizzata su attività di vaccinazione su donne gravide e popolazione 0-16 anni	Relazione	5
15	Partecipazione alle attività di implementazione ed avviamento del nuovo sistema informativo	Relazione Sia	5
15	Avvio ed utilizzo del nuovo sistema informativo	Relazione	5
16	Monitoraggio dati di attività delle USCA	Relazione mensile alla Direzione strategica e all'UCG	10
17	Coordinamento e collaborazione con tutte le strutture aziendali per la gestione pandemica; attività di sorveglianza sanitaria, tracciamento ed emanazione dei provvedimenti di sanità pubblica. Coordinamento attività USCA	Relazione dettagliata	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 2022 POTREBBERO ESSERE RIMODULATI NEL CORSO DELL'ANNO QUALORA INTERVENGANO VARIAZIONI NORMATIVE E/O ASSEGNAZIONE DI OBIETTIVI REGIONALI

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	<p>CONTROLLI UFFICIALI, ex Reg. CE 882/2004/CE, previsti dal PRIC Regione Puglia e dal vigente Piano Locale dei Controlli ASL FG</p> <p>a) Controllo Ufficiale (C.U.) - ispezioni su OSA</p> <p>b) C.U. Campionamento ed esecuzione dei controlli analitici secondo la tipologia degli alimenti e delle bevande.</p> <p>c) Controllo sul deposito, commercio, vendita e impiego di fitofarmaci, additivi e coloranti ed altro.</p> <p>d) Controllo sulla produzione e sul commercio dei prodotti dietetici e degli alimenti per la prima infanzia.</p> <p>e) Controllo della contaminazione ambientale sugli alimenti e bevande.</p> <p>f) Prevenzione e controllo delle tossinfezioni alimentari e delle patologie collettive di origine alimentare.</p> <p>g) Verifica qualità delle acque destinate al consumo umano.</p> <p>h) Informazione di prevenzione nei confronti degli addetti alla produzione, manipolazione, trasporto, somministrazione, deposito e vendita delle sostanze alimentari e delle bevande.</p> <p>i) Prevenzione nella collettività degli squilibri nutrizionali qualitativi e quantitativi</p>	<p>a) Esiti del Controllo Ufficiale su base annua;</p> <p>b) rappresentazione sintetica dei Controlli Ufficiali con evidenza degli esiti rispetto alla primagrammazione Regionale (PRIC) e di ASL FG (PLC)</p> <p>Semestralmente Controlli Ufficiali espletati/Controlli Ufficiali da effettuare</p>	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

7	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
8	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
9	Monitoraggio periodico di primo livello delle misure anticorruptive aziendali	Rendicontazione semestrale tramite piattaforma centralizzata aziendale - N° 2 monitoraggi semestrali (entro il 15 luglio e il 15 gennaio)	5
10	Trasmissione/pubblicazione atti di competenza in Amministrazione Trasparente , nei modi e tempi previsti dall'allegato al PTPCT denominato "obblighi di pubblicazione"	Atti da pubblicare/atti pubblicati= 1	5
11	Partecipazione ad eventi/corsi in materia di prevenzione della corruzione , etica e legalità, codice di comportamento	almeno 1 evento formativo/anno	5
12	Partecipazione alle attività di implementazione ed avviamento del nuovo sistema informativo	Relazione Sia	5
13	Avvio ed utilizzo del nuovo sistema informativo	Relazione	5
14	Collaborazione con le strutture afferenti al dipartimento alle attività inerenti la pandemia Covid-19	Relazione dettagliata	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 2022 POTREBBERO ESSERE RIMODULATI NEL CORSO DELL'ANNO QUALORA INTERVENGANO VARIAZIONI NORMATIVE E/O ASSEGNAZIONE DI OBIETTIVI REGIONALI

OBIETTIVI QUALI/QUANTITATIVI

Indicatore/risultato atteso

Peso

1	Report indicatori sentinella di cui al PRP 2014-18 riferito all'anno 2022	SI / NO	10
2	Rilevazione nell'applicazione e nell'erogazione dei LEA secondo il seguente schema regionale e rendicontazione trimestrale dei dati di attività all'Unità di Controllo di Gestione entro il mese successivo alla chiusura del trimestre: 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	Report semestrale dove fornire un quadro aggiornato sulle attività elencate e sugli esiti. Obiettivo 2021: numero di cantieri da vigilare = 150 Obiettivo 2020: numero cantieri ispezionato x amianto = 20 N° aziende in cui valutare esposizione a Vibrazione=1 N° aziende in cui effettuare rilevazione Fonometriche=1 Obiettivo 2021: numero inchieste infortuni = 90 Obiettivo 2021: numero inchieste malattie professionali= 10 N° richieste pareri evase / N° richieste pareri pervenute = 100% N° richieste pareri con sopralluogo evase / N° richieste pareri con sopralluogo pervenute = 100%	40

	Attività sanitaria	Obiettivo 2021 =20	
	1) Numero di altre visite effettuate dallo SPESAL di propria iniziativa o su richiesta		
	2) N° aziende in cui è stato controllato il protocollo di sorveglianza sanitaria e/o le cartelle sanitarie	N° ricorsi evasi / N° ricorsi pervenuti = 100%	
	3) N° ricorsi avverso il giudizio del Medico Competente		
	Attività di assistenza		
	1) N° interventi di informazioni/comunicazioni per gruppi di lavoratori esposti a rischi specifici	N° 2 interventi	
	2) N° sportelli informativi dedicati	N° 2 sportelli (Amianto e Stress Lavoro Correlato)	
	3) N° iniziative di confronto (incontri, seminari, ecc...) con le figure aziendali per le prevenzioni	N° 2 interventi	
	Attività di formazione		
	1) N° ore di formazione	Obiettivo 2021 per ore di formazione =100 ore	
	2) N° persone formate	N° 150 persone	
3	Garantire il supporto tecnico-scientifico all'attività di sorveglianza delle attività a livello provinciale, coordinare le attività previste per gli altri Servizi del Dipartimento, diffondere nello specifico pratiche che promuovono l'utilizzo di dispositivi di sicurezza per adulti e di pratiche che promuovono il benessere organizzativo; gestire l'archivio delle aziende che attuano almeno un'azione di buona pratica e nel tempo sviluppare una rete a livello provinciale di aziende che promuovono salute.	Relazione con indicazione di Aziende aderenti ; incontri con management aziendali	15
4	Monitoraggio periodico di primo livello delle misure anticorruptive aziendali	Rendicontazione semestrale tramite piattaforma centralizzata aziendale - N° 2 monitoraggi semestrali (entro il 15 luglio e il 15 gennaio)	5
5	Trasmissione/pubblicazione atti di competenza in Amministrazione Trasparente , nei modi e tempi previsti dall'allegato al PTPCT denominato "obblighi di pubblicazione"	Atti da pubblicare/atti pubblicati= 1	5
6	Partecipazione ad eventi/corsi in materia di prevenzione della corruzione , etica e legalità, codice di comportamento	almeno 1 evento formativo/anno	5
7	Partecipazione alle attività di implementazione ed avviamento del nuovo sistema informativo	Relazione Sia	5
8	Avvio ed utilizzo del nuovo sistema informativo	Relazione	5
9	Collaborazione con le strutture afferenti al dipartimento alle attività inerenti la pandemia Covid-19	Relazione dettagliata	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 2022 POTREBBERO ESSERE RIMODULATI NEL CORSO DELL'ANNO QUALORA INTERVENGANO VARIAZIONI NORMATIVE E/O ASSEGNAZIONE DI OBIETTIVI REGIONALI

OBIETTIVI QUALI/QUANTITATIVI

Indicatore/risultato atteso

Peso

1	<p>Attuazione Ordinanza Ministero della Salute ORDINANZA 13maggio 2019" Proroga dell'ordinanza del 28 maggio 2015 e successive modificazioni, recante: «Misure straordinarie di polizia veterinaria in materia di tubercolosi, brucellosi bovina e bufalina, brucellosi ovi-caprina, leucosi bovina enzootica». (GU Serie Generale n.146del 24-06-2019)</p> <p>eradicazione della la brucellosi (BRC) negli allevamenti bovini/bufalini</p> <p>eradicazione della brucellosi (BRC) negli allevamenti ovini/caprini</p> <p>eradicazione della tubercolosi (TBC) negli allevamenti bovini/bufalini,</p> <p>eradicazione della Leucosi bovina enzootica (LEB) negli allevamenti bovini/bufalini</p>	<p>N° Allevamenti controllati / N° totale allevamenti da controllare=100%</p> <p>N° Allevamenti bovini controllati per BR / N° totale allevamenti bovini da controllare = 100 %</p> <p>N° Allevamenti ovini controllati per BRC / N° totale allevamenti da controllare = 100 %</p> <p>N° Allevamenti controllati per TBC / N° totale allevamenti da controllare= 100 %</p> <p>N° Allevamenti controllati per LEB / N° totale allevamenti da controllare=100 %</p>	15
2	<p>Attuazione dei piani di profilassi delle malattie infettive del bestiame con particolare riferimento a: influenza aviaria, salmonellosi aviaria, scrapie, BSE, malattia vescicolare dei suini, anemia infettiva degli equini, West Nile disease, rabbia</p> <p>Influenza Aviaria:(Piano di sorveglianza per l'influenza aviaria ordinanza 10 dicembre 2010-piano di sorveglianza 2020. Registrazione in BDN di tutte le aziende a carattere commerciale che detengono volatili da cortile e tutte le aziende a carattere non commerciale che allevano un numero di capi superiore a 50. Verifica applicazione misure di biosicurezza negli allevamenti avicoli.</p> <p>Salmonellosi aviaria:(Piano Nazionale di controllo delle salmonellosi nota regionale 20 febbraio 2019 prot. 937): prelievi ai fini del Piano nazionale di monitoraggio</p> <p>"scrapie", indagine conoscitiva di genotipizzazione della proteina prionica nella popolazione ovina nazionale</p> <p>"scrapie", Piano di selezione genetica nella popolazione ovina per la resistenza alle Est-Ovine</p> <p>"Encefalopatia spongiforme bovina (BSE):prelievi di obex in azienda su bovini morti di età superiore a 48 mesi.</p> <p>"malattia vescicolare dei suini: campionamento sierologico come da nota Ministero della salute n. 1663-24/01/2020</p> <p>Anemia infettiva degli equini: (area a rischio basso per AIE) controllo degli equidi di età superiore a 12 mesi esclusivamente in caso di spostamento ("ai fini della introduzione") verso qualsiasi concentrazione di equidi, comprese le stalle di privati cittadini costituite da un solo animale.</p> <p>peste suina africana: attività di sorveglianza passiva nel domestico e nel selvatico come previsto dal piano sorveglianza PSA</p> <p>rabbia: controlli previsti in caso di morsicatura</p> <p>con controllo della movimentazione (compreso transumanza) e sorveglianza epidemiologica negli allevamenti infetti: movimentazione capi infetti, per compravendita, la introduzione di animali dall'estero e la transumanza extraregionale, movimentazione per alimentazione con assegnazione codici pascolo:</p> <p>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)</p>	<p>Relazione sulla situazione Situazione al 31/12/2020</p> <p>N° controlli da effettuare/N° controlli effettuati</p> <p>N° campioni effettuati/N° campionamenti previsti nota regionale 20 febbraio 2019 prot.937.</p> <p>n° campioni effettuati/N° campioni assegnati</p> <p>N° campioni effettuati/n° prelievo di sangue montoni da effettuare</p> <p>N° campioni effettuati/n° interventi richiesti</p> <p>N° campioni effettuati/n° prelievi da effettuare</p> <p>N° campioni effettuati/n° prelievi da effettuare</p> <p>N° campioni effettuati/N° segnalazioni ricevute/</p> <p>N° controlli effettuati/numero denunce ricevute</p> <p>Relazione sulla situazione . n° nuovi allevamenti infetti/N° indagini epidemiologiche effettuate=100</p> <p>Relazione sulla situazione</p>	15

3	Adeguamento al "Piano Regionale dei Controlli Ufficiali in Materia di Sicurezza alimentare. Alimentazione dell'anagrafe del bestiame (BDN) compreso di allevamenti di acquacoltura e georeferenziazione delle aziende inserite in BDN 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	aziendeallevamenti inseriti in BDN/aziende con georeferenziazione; allevamenti attivi/allevamenti con qualifica sanitaria = 100% il 5% degli allevamenti registrati in BDN a inizio anno il 5% degli allevamenti registrati in bdn a inizio anno il 5% degli allevamenti registrati in bdn a inizio anno il 7% degli allevamenti registrati in bdn con più di 1 capi il 10% degli allevamenti registrati in bdn con più di 250 capi 1% di tutti gli allevamenti di api registrati in banca dati nazionale	10
4	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
5	Avvio progetto " Zero cani in canile"	N° cani randagi recuperati/ n° cani non ricoverati in canili sanitari e/o rifugi= 10% (su 100 cani recuperati almeno non devono entrare nei canili sanitari o nei rifugi)	10
6	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
7	Monitoraggio periodico di primo livello delle misure anticorruptive aziendali	Rendicontazione semestrale tramite piattaforma centralizzata aziendale - N° 2 monitoraggi semestrali (entro il 15 luglio e il 15 gennaio)	5
8	Trasmissione/pubblicazione atti di competenza in Amministrazione Trasparente , nei modi e tempi previsti dall'allegato al PTPCT denominato "obblighi di pubblicazione"	Atti da pubblicare/atti pubblicati= 1	5
9	Partecipazione ad eventi/corsi in materia di prevenzione della corruzione , etica e legalità, codice di comportamento	almeno 1 evento formativo/anno	5
10	Partecipazione alle attività di implementazione ed avviamento del nuovo sistema informativo	Relazione Sia	5
11	Avvio ed utilizzo del nuovo sistema informativo	Relazione	5
12	Collaborazione con le strutture afferenti al dipartimento alle attività inerenti la pandemia Covid-19	Relazione dettagliata	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 2022 POTREBBERO ESSERE RIMODULATI NEL CORSO DELL'ANNO QUALORA INTERVENGANO VARIAZIONI NORMATIVE E/O ASSEGNAZIONE DI OBIETTIVI REGIONALI

OBIETTIVI QUALI/QUANTITATIVI

Indicatore/risultato atteso

Peso

	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. -	Piano di intervento e rendicontazione delle attività svolte così come previste ed inoltrate alle Regione Puglia	15
2	<p>Fornire un elenco degli esercizi alimentari, ristoranti ed altre attività oggetto di intervento suddiviso per comune e settore di attività. Indicare la data di ultima verifica</p> <p>a) Ispezione negli impianti di macellazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> · precisa gestione dell'Anagrafe degli Equidi con controlli della regolarità dell'identificazione e dei passaporti; verifica delle rimozioni dei microchips identificativi e relativa custodia; cura del corretto e puntuale scarico in BDN degli equidi macellati; · 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; · adempimenti circa l'Anagrafe Ovi-caprina; · regolarità delle registrazioni e dei suini macellati in BDN; · verifiche del rispetto delle disposizioni sul benessere e la protezione degli animali durante il trasporto e la macellazione, con la compilazione delle apposite check list; · categorizzazione degli stabilimenti in base al rischio con il numero di controlli ufficiali secondo la relativa classe di rischio; · controlli circa le corrette modalità di smaltimento dei sottoprodotti in base alle vigenti disposizioni normative; · controlli circa le modalità operative (accreditamento di laboratori interni o convenzioni con laboratori esterni) e la puntuale esecuzione della ricerca delle Trichine in ogni capo suino o equino macellato; · prelievo di campioni per la verifica dei criteri di igiene applicabili alle carcasse di ungulati, secondo le normative vigenti; <p>b) Controllo igienico sanitario nei settori della produzione, trasformazione, commercializzazione, trasporto e deposito, distribuzione e somministrazione degli alimenti di origine animale;</p> <p>c) Audit e/o ispezioni nelle strutture in cui la normativa vigente prevede il veterinario ufficiale (Reg. CE 853/04);</p> <p>d) Monitoraggio della presenza di biotossine alagali, salmonella spp, E. Coli, radionuclidi e metalli pesanti nelle zone di produzione dei molluschi bivalvi;</p> <p>e) Audit e/o ispezioni stabilimenti riconosciuti/registrati settore uova, ovoprodotti, cosce di rana e lumache-macellazioni suini a domicilio</p> <p>f) Valutazione degli esiti analitici ed informazione delle azioni esecutive e/o provvedimenti ai responsabili degli Stabilimenti nei casi di non conformità</p> <p>g) Certificazioni sanitarie sui prodotti destinati all'esportazione;</p>	<p>a) Invio elenco aggiornato;</p> <p>b) Pianificazione delle verifiche su base annua;</p> <p>c) rappresentazione sintetica del lavoro effettuato nell'anno precedente, con evidenza degli esiti rispetto alla popolazione verificata. (entro entro 31/03 dell'anno successivo).</p> <p>report semestrale dove fornire un quadro aggiornato sulle attività elencate e sugli esiti.</p>	40

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) 2021	Relazione su base annua	10
4	Monitoraggio periodico di primo livello delle misure anticorruptive aziendali	Rendicontazione semestrale tramite piattaforma centralizzata aziendale - N° 2 monitoraggi semestrali (entro il 15 luglio e il 15 gennaio)	5
5	Trasmissione/pubblicazione atti di competenza in Amministrazione Trasparente , nei modi e tempi previsti dall'allegato al PTPCT denominato "obblighi di pubblicazione"	Atti da pubblicare/atti pubblicati= 1	5
6	Partecipazione ad eventi/corsi in materia di prevenzione della corruzione , etica e legalità, codice di comportamento	almeno 1 evento formativo/anno	5
7	Partecipazione alle attività di implementazione ed avviamento del nuovo sistema informativo	Relazione Sia	5
8	Avvio ed utilizzo del nuovo sistema informativo	Relazione	5
9	Collaborazione con le strutture afferenti al dipartimento alle attività inerenti la pandemia Covid-19	Relazione	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 2022 POTREBBERO ESSERE RIMODULATI NEL CORSO DELL'ANNO QUALORA INTERVENGANO VARIAZIONI NORMATIVE E/O ASSEGNAZIONE DI OBIETTIVI REGIONALI

CdR	SIAV AREA C		
	OBIETTIVI QUALI/QUANTITATIVI	Indicatore/risultato atteso	Peso
1	Stilare un bilancio aggiornato sui livelli di igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche, sulle eventuali azioni da intraprendere ed intraprese.	Relazione da presentare entro il 31/12/2020	5
2	Controllo e vigilanza sulla distribuzione ed impiego del farmaco veterinario: controllo e registrazione ricette.	N° impianti da controllare (da 388 a 763)/numero totale di impianti soggetti a controllo (2474) 100%rispetto alla programmazione regionale e di ASL Fg	10
3	<p>CONTROLLI UFFICIALI, ex Reg. CE 882/2004/CE, previsti dal PRIC Regione Puglia 2017-2018 e dal vigente Piano Locale dei Controlli ASL FG</p> <p>a) Atti di farmaco-sorveglianza:farmacie,depositi all'ingrosso, armadietti farmaceutici, schede compilate;</p> <ul style="list-style-type: none"> · Autorizzazione alla detenzione di scorte di medicinali veterinari (100%); · Vidimazione registri medicinali:trattamenti, scorta, carico-scarico, estrogeni tireostatici (100%); · Atti di farmaco-sorveglianza sulle prescrizioni per mangimi medicati e mangimi preparati in azienda; · N°prescrizioni per mangimi medicati. <p>b) Controllo e vigilanza sull'alimentazione animale e sulla produzione e distribuzione dei mangimi:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Istanze di registrazione Reg. CE183/05 (50%); · Istanze di riconoscimento Reg. CE 183/05. Istruttoria (50%); · Raccolta informazioni su mangimi utilizzati in azienda-schede compilate (50%); <p>c) Controllo e vigilanza sulla produzione animale;</p> <p>d) Controllo sul latte e sulle produzioni lattiero casearie;</p> <p>e) Sorveglianza sul benessere degli animali da reddito e da affezione;</p> <p>f) Protezione dell'ambiente da rischi biologici, chimici e fisici con documentazione epidemiologica;</p> <p>g) Vigilanza e controllo sull'impiego di animali nella sperimentazione.</p>	<p>N° ricette registrate e controllate/ N° ricette pervenute = 100%</p> <p>a) N° impianti da controllare (da 412a 821)/N° totale impianti(2783)</p> <p>b) rappresentazione sintetica dei controlli ufficiali con evidenza degli esiti rispetto alla programmazione regionale (PRIC) e di ASL FG(PLC) , come da relazione finale del 28/12/2021</p> <p>a) Esiti del controllo su base annua</p> <p>b) rappresentazione sintetica dei controlli ufficiali con evidenza degli esiti rispetto alla programmazione regionale (PRIC) e di ASL FG(PLC) , come da relazione finale del 28/12/2021</p>	40
4	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	5
5	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	5

6	Monitoraggio periodico di primo livello delle misure anticorruptive aziendali	Rendicontazione semestrale tramite piattaforma centralizzata aziendale - N° 2 monitoraggi semestrali (entro il 15 luglio e il 15 gennaio)	5
7	Trasmissione/pubblicazione atti di competenza in Amministrazione Trasparente , nei modi e tempi previsti dall'allegato al PTPCT denominato "obblighi di pubblicazione"	Atti da pubblicare/atti pubblicati= 1	5
8	Partecipazione ad eventi/corsi in materia di prevenzione della corruzione , etica e legalità, codice di comportamento	almeno 1 evento formativo/anno	5
9	Partecipazione alle attività di implementazione ed avviamento del nuovo sistema informativo	Relazione Sia	5
10	Avvio ed utilizzo del nuovo sistema informativo	Relazione	5
11	Collaborazione con le strutture afferenti al dipartimento alle attività inerenti la pandemia Covid-19	Relazione	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 2022 POTREBBERO ESSERE RIMODULATI NEL CORSO DELL'ANNO QUALORA INTERVENGANO VARIAZIONI NORMATIVE E/O ASSEGNAZIONE DI OBIETTIVI REGIONALI

CdR	SSD MEDICINA LEGALE		
	OBIETTIVI QUALI/QUANTITATIVI	Indicatore/risultato atteso	Peso
1	Contenzioso in tema di responsabilità civile: partecipazione CTU, ATP e relazioni Medico Legali	N° di richieste evase/N° di CTP richieste= 1	10
2	Contenzioso in tema di Invalidità Civile nella misura pari o superiore al 67% ai fini dell'ottenimento della esenzione dalla quota di partecipazione alla spesa sanitaria: partecipazione CTI, ATP e relazioni Medico Legali	N° di richieste evase/N° di CTP richieste= 1	15
3	Standardizzazione dei processi di gestione delle istanze inerenti la Legge 210-92 attraverso la creazione/aggiornamento di una procedura e la produzione di un report semestrale sull'andamento delle stesse	Tempestiva attivazione della istruttoria. Produzione di numero 2 report semestrali. Stesura di una procedura operativa	15
4	Certificazioni Medico - Legali per il riconoscimento di lavoratore affetto da "Patologia Grave" e sottoposto a "Terapie Invalidanti o Salvavita"	Relazione indicante il tempo medio di attesa tra istanza e refertazione: 10 Giorni.	10
5	Predisposizione regolamento COVASI in collaborazione con la S.C. Burogratico Legale e la SS Rischio clinico	Presentazione del regolamento entro il 30/06	10
6	Formazione personale Sanitario	n.4 corsi di formazione. Trasmissione verbali	10
7	Attività necroscopiche e corretta adozione delle certificazioni medico legali di cui all'art.8 della L.R. 34/08, supervisione degli obitori e riscontri diagnostici, promozione delle convenzioni tra Comuni e ASL per le funzioni obitoriali	Relazione	10
8	Monitoraggio periodico di primo livello delle misure anticorruptive aziendali	Rendicontazione semestrale tramite piattaforma centralizzata aziendale - N° 2 monitoraggi semestrali (entro il 15 luglio e il 15 gennaio)	5
9	Trasmissione/pubblicazione atti di competenza in Amministrazione Trasparente, nei modi e tempi previsti dall'allegato al PTPCT denominato " obblighi di pubblicazione	Atti da pubblicare/atti pubblicati= 1.	5
10	Partecipazione ad eventi/corsi in materia di prevenzione della corruzione,etica e legalità, codice di comportamento	almeno 1 evento formativo/anno	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 2022 POTREBBERO ESSERE RIMODULATI NEL CORSO DELL'ANNO QUALORA INTERVENGANO VARIAZIONI NORMATIVE E/O ASSEGNAZIONE DI OBIETTIVI REGIONALI

	OBIETTIVI QUALI/QUANTITATIVI	Indicatore/risultato atteso	Peso
1	Controllo delle ricette farmaceutiche SSN al fine di individuare i MMg e i Pls che presentano scostamenti di spesa rispetto alla media regionale sulle molecole di cui alla DGR 203/2021	Rispetto del tetto di spesa per la farmaceutica convenzionata di cui alla DGR 203/2021	10
2	Recupero della spesa farmaceutica a favore dei pazienti stranieri domiciliati nell'Asl Foggia reattivamente all'anno 2021	Relazione dettagliata	10
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	5
4	Attività di monitoraggio nei confronti dei medici prescrittori relativamente all'utilizzo di farmaci vincitori di gare/accordo quadro regionali	Report trimestrale dettagliato per singolo specialista e audit presso gli ospedali	10
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 dei trattamenti 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 = 35 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.	5
8	Incremento del controllo della ricette farmaceutiche ssn, dpc	10% in più rispetto all'anno 2020	5
9	Istituzione di un HUB farmaceutico territoriale quale centro di acquisto, stoccaggio, distribuzione e liquidazione dei beni farmaceutici e ausili per tutte le strutture territoriali sanitarie dell'ASL	SI/No	15
10	Predisposizione piano ferie annuale, monitoraggio utilizzo ferie da parte del personale della struttura in conformità a quanto previsto dai CCNL e regolamenti aziendali e utilizzo Portale del dipendente del sistema informativo aziendale per le richieste, autorizzazioni, ferie e mancate timbrature	Indicatore/risultato atteso: monitoraggio ferie residue e utilizzo Portale del dipendente = 100%	5
11	Monitoraggio periodico di primo livello delle misure anticorruptive aziendali	Rendicontazione semestrale tramite piattaforma centralizzata aziendale - N° 2 monitoraggi semestrali (entro il 15 luglio e il 15 gennaio)	5
12	Applicazione delle prescrizioni contenute nel Codice di Comportamento e di tutti gli obblighi in esso previsti.	Realizzazione di n. 1 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.	5
13	Partecipazione ad eventi/corsi in materia di prevenzione della corruzione, etica e legalità, codice di comportamento	almeno 1 evento formativo/anno	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 2022 POTREBBERO ESSERE RIMODULATI NEL CORSO DELL'ANNO QUALORA INTERVENGANO VARIAZIONI NORMATIVE E/O ASSEGNAZIONE DI OBIETTIVI REGIONALI

2022

13 - DIPARTIMENTO FARMACEUTICO SERVIZIO TERRITORIALE - ASL FG Foggia

CdR

S.S.D

Gestione beni farmaceutici, ausili sanitari e gestione delle emergenze e catastrofi

	OBIETTIVI QUALI/QUANTITATIVI	Indicatore/risultato atteso	Peso
1	Attività quale centro HUB di gestione e distribuzione vaccini per la campagna vaccinale anti-covid	Si/No	15
2	Predisposizione di protocolli e procedure per l'allestimento dei vaccini anti-covid	Presentazione protocolli	10
3	Attività quale centro HUB di gestione e distribuzione DPI	SI/NO	15
4	Predisposizione linee guida per la gestione delle situazioni emergenziali inerenti all'approvvigionamento in ambito sanitario farmaceutico	Presentazione linee guida	15
5	Predisposizione prontuario aziendale di farmaci e dispositivi come linee guida ufficiali , utilizzati nelle situazioni di urgenza ed emergenza in caso di calamità	Relazione	15
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 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.	10
7	Predisposizione piano ferie annuale, monitoraggio utilizzo ferie da parte del personale della struttura in conformità a quanto previsto dai CCNL e regolamenti aziendali e utilizzo Portale del dipendente del sistema informativo aziendale per le richieste, autorizzazioni, ferie e mancate timbrature	Indicatore/risultato atteso: monitoraggio ferie residue e utilizzo Portale del dipendente = 100%	5
8	Monitoraggio periodico di primo livello delle misure anticorruptive aziendali	Rendicontazione semestrale tramite piattaforma centralizzata aziendale - N° 2 monitoraggi semestrali (entro il 15 luglio e il 15 gennaio)	5
9	Applicazione delle prescrizioni contenute nel Codice di Comportamento e di tutti gli obblighi in esso previsti.	Realizzazione di n. 1 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.	5
10	Partecipazione ad eventi/corsi in materia di prevenzione della corruzione , etica e legalità, codice di comportamento	almeno 1 evento formativo/anno	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 2022 POTREBBERO ESSERE RIMODULATI NEL CORSO DELL'ANNO QUALORA INTERVENGANO VARIAZIONI NORMATIVE E/O ASSEGNAZIONE DI OBIETTIVI REGIONALI

2022	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%	8
2	Uso ospedaliero appropriato degli antibiotici al fine del controllo delle resistenze batteriche	Riduzione dei consumi rispetto al 2019	10
3	Incremento della distribuzione diretta del primo ciclo terapeutico a seguito di dimissione ospedaliera/ambulatoriale nel rispetto delle normative anti -Covid 19	Numero di accessi in distribuzione diretta al primo ciclo terapeutico = 80% dei pazienti in dimissione con erogazione di primo ciclo di terapia	5
4	Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA e controllo delle dispensazioni nel paziente Covid-19	1) Chiusura dei trattamenti non più rilevati dopo 120gg (dopo 30gg per Remdesivir) 2) % Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi > 95%	10
5	Appropriatezza prescrizione attraverso il controllo delle somministrazioni sul portale Edotto dei farmaci di fascia H, albumina, epoietine, antipsicotici long acting ,farmaci ad alto costo	Relazione	10
6	Organizzazione, in collaborazione con la Farmacia Ospedaliera, di incontri con le singole UUOO sull'andamento della spesa per beni sanitari e per la gestione del rischio clinico	Incontri trimestrali verbalizzati	10
7	Ispezioni nei reparti	almeno 1 per reparto	10
8	Attivazione e gestione informatizzata dei magazzini di reparto	utilizzo applicativo ≥30%	10
9	Miglioramento dei propri tempi medi di pagamento relativi ad acquisti di beni, servizi e forniture	Tempo medio intercorrente tra la registrazione della fattura e la determina di liquidazione = 25 gg.	7
10	Monitoraggio del conto deposito	relazione semestrale	10
11	Monitoraggio periodico di primo livello delle misure anticorruptive aziendali	Rendicontazione semestrale tramite piattaforma centralizzata aziendale - N° 2 monitoraggi semestrali (entro il 15 luglio e il 15 gennaio)	5
12	Partecipazione ad eventi/corsi in materia di prevenzione della corruzione , etica e legalità, codice di comportamento	almeno 1 evento formativo/anno	5

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 2022 POTREBBERO ESSERE RIMODULATI NEL CORSO DELL'ANNO QUALORA INTERVENGANO VARIAZIONI NORMATIVE E/O ASSEGNAZIONE DI OBIETTIVI REGIONALI

2022	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	Intervallo allarme - Target dei mezzi di Soccorso	Miglioramento performance 2021	10
4	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
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 = 20 gg.	10
6	Gestione del Budget assegnato con Delibera Aziendale n.13 /2022 sui programmi di spesa. Monitoraggio continuo ed analisi trimestrale sullo stato di avanzamento e sulle cause di scostamento del budget assegnato nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget.	Spesa sostenuta = budget assegnato. Relazione finale sullo stato di avanzamento del Budget e sulle cause degli eventuali scostamenti nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget.	10
7	Rispetto della normativa vigente, degli standard e delle disposizioni regionali in materia di Sanità elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali/ministeriali.	I dati e le informazioni dovranno essere trasmessi entro le scadenze inderogabili previste per ciascun flusso informativo secondo le indicazioni e i termini previste dalle Deliberazione di G.R.	10
8	Formazione BLS in accordo con la struttura Formazione	Organizzazione di almeno n° 5 corsi di formazione per il personale ASL FG	10
9	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
10	Monitoraggio periodico di primo livello delle misure anticorruptive aziendali	Rendicontazione semestrale tramite piattaforma centralizzata aziendale - N° 2 monitoraggi semestrali (entro il 15 luglio e il 15 gennaio)	5
11	Trasmissione/pubblicazione atti di competenza in Amministrazione Trasparente , nei modi e tempi previsti dall'allegato al PTPCT denominato "obblighi di pubblicazione"	Atti da pubblicare/atti pubblicati= 1	10
12	Partecipazione ad eventi/corsi in materia di prevenzione della corruzione , etica e legalità, codice di comportamento	almeno 1 evento formativo/anno	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 2022 POTREBBERO ESSERE RIMODULATI NEL CORSO DELL'ANNO QUALORA INTERVENGANO VARIAZIONI NORMATIVE E/O ASSEGNAZIONE DI OBIETTIVI REGIONALI

2022

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 Portale del dipendente del sistema informativo aziendale per le richieste, autorizzazioni, ferie e mancate timbrature; monitoraggio continuo sull'utilizzo delle ferie da parte del personale delle altre Macrostrutture	Indicatore/risultato atteso: monitoraggio ferie residue e utilizzo Portale del dipendente= 100%-Trasmissione report semestrale alla Direzione Strategica e all'UCG	5
3	Monitoraggio continuo del Fabbisogno del personale anche alla luce del maggior fabbisogno di personale richiesto dallo stato di emergenza dovuto al Covid-19	SI/NO: in attuazione delle disposizioni regionali / ministeriali	10
4	Effettuazione delle Procedure di Arruolamento del Personale secondo cronoprogramma predisposto con la Direzione Strategica, nonché delle procedure di arruolamento speciale necessarie per garantire la continuità assistenziale nelle strutture Covid correlate, ai sensi della normativa speciale emergenziale	Rispetto del Cronoprogramma predisposto con la Direzione Strategica: attuazione superiore ad 70%. Relazione trimestrale sullo stato di avanzamento	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	Pagamento delle Competenze Accessorie del personale negli stipendi del secondo mese successivo alla competenza	Pagamento del 95% entro i termini	5
8	Conclusione del processo di informatizzazione del fascicolo personale dei dipendenti	Istituzione del fascicolo prrsone informatizzato completo per il personale assunto dall'01/01/2021	5
8	Applicazione degli istituti previsti dalla Contrattazione Aziendale Integrativa del Comparto Dirigenza	Rispetto del Cronoprogramma predisposto con la Direzione Strategica: attuazione superiore all' 80%	10
9	Applicazione delle prescrizioni contenute nel Codice di Comportamento e di tutti gli obblighi in esso previsti.	Realizzazione di n. 1 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.	5
11	Piano di adeguamento ai requisiti per la certificazione del bilancio (PAC) aziendale	Adeguamento alle indicazioni contenute nel Manuale delle procedure amministrativo - contabili adottato con delibera DG n.1348/2020 = SI / NO	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	5
13	Monitoraggio periodico di primo livello delle misure anticorruptive aziendali	Rendicontazione semestrale tramite piattaforma centralizzata aziendale - N° 2 monitoraggi semestrali (entro il 15 luglio e il 15 gennaio)	5
14	Trasmissione/pubblicazione atti di competenza in Amministrazione Trasparente , nei modi e tempi previsti dall'allegato al PTPCT denominato "obblighi di pubblicazione"	Atti da pubblicare/atti pubblicati= 1	10
15	Partecipazione ad eventi/corsi in materia di prevenzione della corruzione , etica e legalità, codice di comportamento	almeno 1 evento formativo/anno	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 2022 POTREBBERO ESSERE RIMODULATI NEL CORSO DELL'ANNO QUALORA INTERVENGANO VARIAZIONI NORMATIVE E/O ASSEGNAZIONE DI OBIETTIVI REGIONALI

AREA GESTIONE RISORSE ECONOMICHE E FINANZIARIE			
CdR	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 Portale del Dipendente del sistema informativo aziendale per le richieste, autorizzazioni, ferie e mancate timbrature; monitoraggio continuo sull'utilizzo delle ferie da parte del personale delle altre Macrostrutture	Indicatore/risultato atteso: monitoraggio ferie residue e utilizzo Portale del dipendente = 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.32/2021 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.	10
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 i per macrostruttura e assegnazione ai centri liquidatori con richiesta di liquidazione ovvero di relazione tempestiva in merito ad eventuali criticità o discordanze	Attivazione della procedura di sollecito alle strutture che evidenziano un ritardo nell'attività di liquidazione delle fatture da effettuare entro 20 gg. dall'invio della fattura	5
6	Registrazione fatture entro 10 gg lavorativi dal ricevimento	Media (Data registrazione fattura - Data ricevimento)	10
7	Deflazionamento del contenzioso	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	5
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.1348/2020 = SI / NO	15
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 Codice di Comportamento e di tutti gli obblighi in esso previsti.	Realizzazione di n. 1 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.	5
12	Monitoraggio periodico di primo livello delle misure anticorruptive aziendali	Rendicontazione semestrale tramite piattaforma centralizzata aziendale N° 2 monitoraggi semestrali (entro il 15 luglio e il 15 gennaio)	5
13	Trasmissione/pubblicazione atti di competenza in Amministrazione Trasparente , nei modi e tempi previsti dall'allegato al PTPCT denominato "obblighi di pubblicazione"	Atti da pubblicare/atti pubblicati= 1	5
14	Partecipazione ad eventi/corsi in materia di prevenzione della corruzione , etica e legalità, codice di comportamento	almeno 1 evento formativo/anno	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 2022 POTREBBERO ESSERE RIMODULATI NEL CORSO DELL'ANNO QUALORA INTERVENGANO VARIAZIONI NORMATIVE E/O ASSEGNAZIONE DI OBIETTIVI REGIONALI

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 Portale del Dipendente del sistema informativo aziendale per le richieste, autorizzazioni, ferie e mancate timbrature; monitoraggio continuo sull'utilizzo delle ferie da parte del personale delle altre Macrostrutture	Indicatore/risultato atteso: monitoraggio ferie residue e utilizzo Portale del Dipendente = 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. 13/2022 sui programmi di spesa. Monitoraggio continuo ed analisi trimestrale sullo stato di avanzamento e sulle cause di scostamento del budget assegnato nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget.	Spesa sostenuta = budget assegnato. Relazione 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 FSER , PNRR e con altri finanziamenti esterni alla ASL secondo Cronoprogramma definito con la Direzione Strategica	Predisposizione su ciascun finanziamento del quadro economico di attuazione. Relazione mensile sullo stato di attuazione rispetto al cronoprogramma concordato con la Direzione Strategica: attuazione superiore ad 80%	15
5	Piano di adeguamento ai requisiti per la certificazione del bilancio (PAC) aziendale	Adeguamento alle indicazioni contenute nel Manuale delle procedure amministrativo - contabili adottato con delibera DG n.1348/2020 = SI / NO	5
6	Regolarizzazione delle comunicazioni all'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) sui contratti Pubblici delle U.O.S. competenti	100%	5
7	Gestione del Patrimonio Immobiliare: 1) Regolarizzazione della situazione catastale degli immobili	Definizione di un Piano per la regolarizzazione catastale	5
8	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
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	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
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	Applicazione delle prescrizioni contenute nel Codice di Comportamento e di tutti gli obblighi in esso previsti.	Realizzazione di n. 1 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.	5
13	Monitoraggio periodico di primo livello delle misure anticorruptive aziendali	Rendicontazione semestrale tramite piattaforma centralizzata aziendale - N° 2 monitoraggi semestrali (entro il 15 luglio e il 15 gennaio)	5
14	Trasmissione/pubblicazione atti di competenza in Amministrazione Trasparente , nei modi e tempi previsti dall'allegato al PTPCT denominato "obblighi di pubblicazione"	Atti da pubblicare/atti pubblicati= 1	10
15	Partecipazione ad eventi/corsi in materia di prevenzione della corruzione , etica e legalità, codice di comportamento	almeno 1 evento formativo/anno	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 2022 POTREBBERO ESSERE RIMODULATI NEL CORSO DELL'ANNO QUALORA INTERVENGANO VARIAZIONI NORMATIVE E/O ASSEGNAZIONE DI OBIETTIVI REGIONALI

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

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 Portale del dipendente del sistema informativo aziendale per le richieste, autorizzazioni, ferie e mancate timbrature	Indicatore/risultato atteso: monitoraggio ferie residue e utilizzo Portale del dipendente = 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. 13/2022 sui programmi di spesa. Monitoraggio continuo ed analisi trimestrale sullo stato di avanzamento e sulle cause di scostamento del budget assegnato nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget.	Spesa sostenuta = budget assegnato. Relazione 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, afferenti tutte le categorie di beni e servizi nonché per le soglie individuate entro il 31 dicembre di ogni anno con apposito DPCM, ricorrendo a Consip SPA e agli altri Soggetti Aggregatori, per lo svolgimento delle relative procedure di acquisto. Per tutte le altre procedure, le ASL sono tenute ad approvvigionarsi utilizzando le convenzioni stipulate dalle centrali regionali di riferimento ovvero, qualora non siano operative convenzioni regionali, attenendosi alle convenzioni-quadro stipulate da Consip SPA.	Relazione mensile sullo stato di attuazione rispetto al cronoprogramma concordato con la Direzione Strategica: attuazione superiore ad 80%	10
5	Ricognizione a rotazione dei beni mobili inventariati	Inventariazione fisica e riconciliazione contabile $\geq 5\%$ delle strutture aziendali	10
6	Indizione della procedura aperta per l'affidamento del servizio "Sistemi completi per i laboratori anali dei PP.OO. e dei Distretti"	Indizione entro il 30/06	15
7	Supporto alle strutture ospedaliere e territoriali nella predisposizione di gare di particolare complessità	Relazione	5
8	Applicazione delle prescrizioni contenute nel Codice di Comportamento e di tutti gli obblighi in esso previsti.	Realizzazione di n. 1 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.	5
9	Miglioramento dei propri tempi medi di pagamento relativi ad acquisti di beni, servizi e forniture e pubblicazione sul sito aziendale del relativo indicatore (ai sensi della L. 69/2009, art. 23, comma 5).	Tempo medio intercorrente tra la registrazione della fattura e la determina di liquidazione = 20 gg.	5
10	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
11	Piano di adeguamento ai requisiti per la certificazione del bilancio (PAC) aziendale	Adeguamento alle indicazioni contenute nel Manuale delle procedure amministrativo - contabili adottato con delibera DG n.1348/2020 = SI / NO	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	5
13	Monitoraggio periodico di primo livello delle misure anticorruptive aziendali	Rendicontazione semestrale tramite piattaforma centralizzata aziendale - N° 2 monitoraggi semestrali (entro il 15 luglio e il 15 gennaio)	5
14	Trasmissione/pubblicazione atti di competenza in Amministrazione Trasparente , nei modi e tempi previsti dall'allegato al PTPCT denominato "obblighi di pubblicazione"	Atti da pubblicare/atti pubblicati= 1	10
15	Partecipazione ad eventi/corsi in materia di prevenzione della corruzione , etica e legalità, codice di comportamento	almeno 1 evento formativo/anno	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 2022 POTREBBERO ESSERE RIMODULATI NEL CORSO DELL'ANNO QUALORA INTERVENGANO VARIAZIONI NORMATIVE E/O ASSEGNAZIONE DI OBIETTIVI REGIONALI

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%	10
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	Rispetto standard regionali o progressivo riallineamento agli standard 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 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 nei termini compatibili con la normativa degli accordi secondo lo schema-tipo di riferimento (per RSA ed RSSA a scadenza contratto) o autorizzazioni all'ingresso come da DGR 1006/2020 e 1409/2020 (Si/No)	10
5	Gestione del Budget assegnato annualmente con Delibera Aziendale n. 32/2021 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 validazione della richiesta di pagamento da parte dei DSS	5
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)	5
5	Monitoraggio periodico di primo livello delle misure anticorruptive aziendali	Rendicontazione semestrale tramite piattaforma centralizzata aziendale - N° 2 monitoraggi semestrali (entro il 15 luglio e il 15 gennaio)	5
6	Trasmissione/pubblicazione atti di competenza in Amministrazione Trasparente , nei modi e tempi previsti dall'allegato al PTPCT denominato "obblighi di pubblicazione"	Atti da pubblicare/atti pubblicati= 1	10
7	Partecipazione ad eventi/corsi in materia di prevenzione della corruzione , etica e legalità, codice di comportamento	almeno 1 evento formativo/anno	5
10	Implementare il sistema di monitoraggio delle attività dei DSS per le singole tipologie di prestazione (residenziale e semiresidenziale anziani e disabili)	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 2022 POTREBBERO ESSERE RIMODULATI NEL CORSO DELL'ANNO QUALORA INTERVENGANO VARIAZIONI NORMATIVE E/O ASSEGNAZIONE DI OBIETTIVI REGIONALI

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

2021 **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	5
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 f) altre informazioni utili ad inquadrare sinteticamente la situazione.</p>	Inventario aggiornato Si/No	10
4	Valutazione sull'opportunità di resistere in giudizio solo nei casi in cui si dispone di adeguata documentazione a supporto delle tesi aziendali.	% Giudizi Sfavorevoli <rispetto all'anno 2021	5
5	Predisposizione piano ferie annuale, monitoraggio utilizzo ferie da parte del personale della struttura in conformità a quanto previsto dai CCNL e regolamenti aziendali e utilizzo Portale del dipendente del sistema informativo aziendale per le richieste, autorizzazioni, ferie e mancate timbrature	Indicatore/risultato atteso: monitoraggio ferie residue e utilizzo Portale del dipendente = 100%	5
6	Gestione del Budget assegnato con Delibera Aziendale n. 13/2022 sui programmi di spesa. Monitoraggio continuo ed analisi trimestrale sullo stato di avanzamento e sulle cause di scostamento del budget assegnato nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget.	Spesa sostenuta = budget assegnato. Relazione 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

2021**18 - UFFICI DI STAFF ALLA DIREZIONE - ASL FG Foggia**

7	Rispetto del Budget assegnato annualmente sullo straordinario e indennità chilometrica. Monitoraggio continuo ed analisi trimestrale sullo stato di avanzamento e sulle cause di scostamento del budget assegnato nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget.	Spesa sostenuta = budget assegnato. Relazione finale sullo stato di avanzamento del Budget e sulle cause degli eventuali scostamenti nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget.	5
8	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	5
9	Aumento delle cause affidate a legali interni e riduzione delle cause affidate ai legali esterni	numero cause affidate all'esterno / Numero cause totali	5
10	Azione propositiva per la costituzione di una commissione per l'istruttoria delle richieste di risarcimento ex- Legge n. 210/92	SI/NO	10
11	Predisposizione regolamento COVASI in collaborazione con la S.S Rischio Clinico e la SSD Medicina legale		10
12	Applicazione delle prescrizioni contenute nel Codice di Comportamento e di tutti gli obblighi in esso previsti.	Realizzazione di n. 1 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.	5
13	Monitoraggio periodico di primo livello delle misure anticorruptive aziendali	Rendicontazione semestrale tramite piattaforma centralizzata aziendale - N° 2 monitoraggi semestrali (entro il 15 luglio e il 15 gennaio)	5
14	Trasmissione/pubblicazione atti di competenza in Amministrazione Trasparente , nei modi e tempi previsti dall'allegato al PTPCT denominato "obblighi di pubblicazione"	Atti da pubblicare/atti pubblicati= 1	10
15	Partecipazione ad eventi/corsi in materia di prevenzione della corruzione , etica e legalità, codice di comportamento	almeno 1 evento formativo/anno	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 2022 POTREBBERO ESSERE RIMODULATI NEL CORSO DELL'ANNO QUALORA INTERVENGANO VARIAZIONI NORMATIVE E/O ASSEGNAZIONE DI OBIETTIVI REGIONALI

2021 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	10
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 2022 e relative schede = SI/NO	10
3	Predisposizione modello LA	SI/NO	10
4	Predisposizione modello CP	SI/NO	10
5	Predisposizione del Piano della Performance e della Relazione sulla Performance ai sensi del Dlgs 150/2009.	SI /NO	10
6	Collaborazione e supporto con la Direzione Strategica nella elaborazione del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance 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 Valutazione	Partecipazione alle sedute dell'OIV e supporto operativo = SI/NO	10
8	Predisposizione piano ferie annuale, monitoraggio utilizzo ferie da parte del personale della struttura in conformità a quanto previsto dai CCNL e regolamenti aziendali e utilizzo Portale del dipendente del sistema informativo aziendale per le richieste, autorizzazioni, ferie e mancate timbrature	Indicatore/risultato atteso: monitoraggio ferie residue e utilizzo Portale del dipendente = 100%	5
9	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
10	Applicazione delle prescrizioni contenute nel Codice di Comportamento e di tutti gli obblighi in esso previsti.	Realizzazione di n. 1 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.	5
11	Monitoraggio periodico di primo livello delle misure anticorruptive aziendali	Rendicontazione semestrale tramite piattaforma centralizzata aziendale - N° 2 monitoraggi semestrali (entro il 15 luglio e il 15 gennaio)	5
12	Trasmissione/pubblicazione atti di competenza in Amministrazione Trasparente , nei modi e tempi previsti dall'allegato al PTPCT denominato "obblighi di pubblicazione"	Atti da pubblicare/atti pubblicati= 1	5
13	Partecipazione ad eventi/corsi in materia di prevenzione della corruzione , etica e legalità, codice di comportamento	almeno 1 evento formativo/anno	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 2022 POTREBBERO ESSERE RIMODULATI NEL CORSO DELL'ANNO QUALORA INTERVENGANO VARIAZIONI NORMATIVE E/O ASSEGNAZIONE DI OBIETTIVI REGIONALI

2021 **18 - UFFICI DI STAFF ALLA DIREZIONE - ASL FG Foggia**

CdR **SISTEMI INFORMATIVI AZIENDALI**

OBIETTIVI QUALI/QUANTITATIVI

Indicatore/risultato atteso

peso

1	Definizione dell'architettura di produzione delle basi dati Oracle ed implementazione di produzione del Clinical Data Repository (CDR) ISO-CEN EN -12967(HISA, "Health Informatcs Service Architeture") Popolamento delle tabelle statistiche	Completamento obiettivo - Relazione	5
2	Completamento impianti di cablaggio,reti locali e wi-fi (CONSIP LAN6) su P.O. San Severo. e P.O. Manfredonia . Adesione CONSIP LAN	N. 2 sedi complete	10
3	Ampliamento del circuito PagoPA per i pagamenti delle prestazioni legate alle attività del Dipartimento di Prevenzione	Relazione	10
4	Miglioramento della sicurezza informatica, LDAP e autenticazione a due fattori	Relazione	5
5	Supporto attività di unificazione sportelli CUP con i servizi Edotto	Relazione	5
6	Potenziamento Sistemi Informativi-Area Telecomunicazioni e Data Center: Migrazione su cluster dei servizi di archiviazione PACS	SI/NO	10
7	Potenziamento dei Sistemi Informativi:1) Diomedee: Integrazione di nuovi device per la diagnosi e il monitoraggio delle cronicità;2) Supporto all' utilizzo Cartella clinica multiprofessionale territoriale;3) Supporto alPercorso Nascita (Ospedale-Territorio): cartella clinica, app e televisite	Relazione	10
8	Applicazione delle prescrizioni contenute nel Codice di Comportamento e di tutti gli obblighi in esso previsti.	Realizzazione di n. 1 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.	5
9	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
10	Predisposizione piano ferie annuale, monitoraggio utilizzo ferie da parte del personale della struttura in conformità a quanto previsto dai CCNL e regolamenti aziendali e utilizzo Portale del dipendente del sistema informativo aziendale per le richieste, autorizzazioni, ferie e mancate timbrature	Indicatore/risultato atteso: monitoraggio ferie residue e utilizzo Portale del dipendente = 100%	5
11	Gestione del Budget assegnato con Delibera Aziendale n. 13/2022 sui programmi di spesa e rispetto del buget 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. (Salvo autorizzazione della Direzione Strategica Relazione finale sullo stato di avanzamento del Budget e sulle cause degli eventuali scostamenti nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento	5

2021**18 - UFFICI DI STAFF ALLA DIREZIONE - ASL FG Foggia**

12	Miglioramento dei propri tempi medi di pagamento relativi ad acquisti di beni, servizi e forniture e pubblicazione sul sito aziendale del relativo indicatore (ai sensi della L. 69/2009, art. 23, comma 5).	Tempo medio intercorrente tra la registrazione della fattura e la determina di liquidazione = 30 gg.	5
13	Collaborazione con il Dpo per l'adeguamento al Regolamento Europeo per la protezione dei dati personali (GDPR).	Relazione con indicazione del numero di incontri e procedure congiunte con il Dpo per le attività di adeguamento e relativi verbali .	5
14	Monitoraggio periodico di primo livello delle misure anticorruptive aziendali	Rendicontazione semestrale tramite piattaforma centralizzata aziendale - N° 2 monitoraggi semestrali (entro il 15 luglio e il 15 gennaio)	5
15	Trasmissione/pubblicazione atti di competenza in Amministrazione Trasparente , nei modi e tempi previsti dall'allegato al PTPCT denominato "obblighi di pubblicazione"	Atti da pubblicare/atti pubblicati= 1	5
16	Partecipazione ad eventi/corsi in materia di prevenzione della corruzione , etica e legalità, codice di comportamento	almeno 1 evento formativo/anno	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 2022 POTREBBERO ESSERE RIMODULATI NEL CORSO DELL'ANNO QUALORA INTERVENGANO VARIAZIONI NORMATIVE E/O ASSEGNAZIONE DI OBIETTIVI REGIONALI

2021 **18 - UFFICI DI STAFF ALLA DIREZIONE - ASL FG Foggia**

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	15
2	Analisi demografica e dello stato di salute della popolazione dell'ASL Foggia.	Aggiornamento annuale.	10
3	Analisi epidemiologica delle cause di ospedalizzazione 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.	Predisposizione report semestrale da inviare al Controllo di Gestione	10
5	Organizzazione operativa con le Direzioni dei Distretti, con le Direzioni mediche dei P.O. , con le Direzioni dei Dipartimenti e delle Aree Aziendali al fine di ottimizzare la raccolta dei dati necessari all'implementazione dei data base aziendali, regionali, nazionali	Relazione attività svolte	5
6	Predisposizione piano ferie annuale, monitoraggio utilizzo ferie da parte del personale della struttura in conformità a quanto previsto dai CCNL e regolamenti aziendali e utilizzo Portale del dipendente del sistema informativo aziendale per le richieste, autorizzazioni, ferie e mancate timbrature	Indicatore/risultato atteso: monitoraggio ferie residue e utilizzo Portale del dipendente = 100%	5
7	Rispetto del Budget assegnato annualmente sullo straordinario e indennità chilometrica. Monitoraggio continuo ed analisi trimestrale sullo stato di avanzamento e sulle cause di scostamento del budget assegnato nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget.	Spesa sostenuta = budget assegnato. Relazione finale sullo stato di avanzamento del Budget e sulle cause degli eventuali scostamenti nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget.	5
8	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
9	Flussi NSIS - Coordinamento e monitoraggio.	Verifica ed inserimento in NSIS secondo le scadenze.	10

2021**18 - UFFICI DI STAFF ALLA DIREZIONE - ASL FG Foggia**

10	Monitoraggio periodico di primo livello delle misure anticorruptive aziendali	Rendicontazione semestrale tramite piattaforma centralizzata aziendale - N° 2 monitoraggi semestrali (entro il 15 luglio e il 15 gennaio)	5
11	Applicazione delle prescrizioni contenute nel Codice di Comportamento e di tutti gli obblighi in esso previsti.	Realizzazione di n. 1 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.	5
12	Trasmissione/pubblicazione atti di competenza in Amministrazione Trasparente , nei modi e tempi previsti dall'allegato al PTPCT denominato "obblighi di pubblicazione"	Atti da pubblicare/atti pubblicati= 1	5
13	Partecipazione ad eventi/corsi in materia di prevenzione della corruzione , etica e legalità, codice di comportamento	almeno 1 evento formativo/anno	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 2022 POTREBBERO ESSERE RIMODULATI NEL CORSO DELL'ANNO QUALORA INTERVENGANO VARIAZIONI NORMATIVE E/O ASSEGNAZIONE DI OBIETTIVI REGIONALI

2021 **18 - UFFICI DI STAFF ALLA DIREZIONE - ASL FG Foggia**

CdR **S. S. PROGRAMMAZIONE AZIENDALE**

OBIETTIVI QUALI/QUANTITATIVI

Indicatore/risultato atteso

peso

1	In collaborazione con i referenti aziendali, individuati dalla Direzione Strategica nel verbale del 01/02/2021, attività di monitoraggio sulla spesa protesica.	Confrontare per ogni tipo di spesa i report dei singoli distretti per intervenire eventualmente sui capitoli di spesa; verificare eventuali disomogenità di prescrezioni e documentare le eventuali contestazioni formali trasmesse ai distretti	10
2	In collaborazione con i referenti aziendali, individuati dalla Direzione Strategica nel verbale del 01/02/2021, attività di monitoraggio su rendicontazione mobilità internazionale e verifica recupero ticket prestazioni non effettuate	Relazione sulle attività svolte al fine di evitare rischi di danno erariale	10
3	In collaborazione con i referenti aziendali, individuati dalla Direzione Strategica nel verbale del 01/02/2021, procedere alla verifica amministrativa delle attività delle U.S.C.A. a seguito dell'emergenza sanitaria in atto.	Relazione contenente la rendicontazione delle attività e degli interventi per verificare l'utilizzo delle USCA ed in caso di sottoutilizzo le soluzioni organizzative adottate.	10
4	Mappatura degli archivi aziendali esistenti e verifica degli stessi finalizzata al miglioramento del sistema di conservazione documentale nelle more della apposita gara	Report annuali	10
5	Miglioramento del sistema di protocollazione aziendale e supporto al personale addetto al Protocollo di tutta la Azienda sulla corretta compilazione dei campi del programma informatico utile ad una agevole ricerca di archivio della corrispondenza	SI/NO	5
6	Rispetto del Budget assegnato annualmente sullo straordinario e indennità chilometrica. Monitoraggio continuo ed analisi trimestrale sullo stato di avanzamento e sulle cause di scostamento del budget assegnato nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget.	Spesa sostenuta = budget assegnato. Relazione finale sullo stato di avanzamento del Budget e sulle cause degli eventuali scostamenti nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget.	5
7	Miglioramento dei propri tempi medi di pagamento relativi ad acquisti di beni, servizi e forniture e pubblicazione sul sito aziendale del relativo indicatore (ai sensi della L. 69/2009, art. 23, comma 5).	Tempo medio intercorrente tra la registrazione della fattura e la determina di liquidazione = 25 gg.	5
8	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
9	Collaborazione con i Sistemi Informativi Aziendali per l'adeguamento al Regolamento Europeo per la protezione dei dati personali (GDPR) e del Protocollo Informatico alle nuove regole dell'AGID	1)Numero di incontri e procedure congiunte con il Dpo per le attività di adeguamento;2) SI/NO	5

2021**18 - UFFICI DI STAFF ALLA DIREZIONE - ASL FG Foggia**

10	Predisposizione piano ferie annuale, monitoraggio utilizzo ferie da parte del personale della struttura in conformità a quanto previsto dai CCNL e regolamenti aziendali e utilizzo Portale del dipendente del sistema informativo aziendale per le richieste, autorizzazioni, ferie e mancate timbrature	Indicatore/risultato atteso: monitoraggio ferie residue e utilizzo Portale del dipendente = 100%	5
11	Monitoraggio periodico di primo livello delle misure anticorruptive aziendali	Rendicontazione semestrale tramite piattaforma centralizzata aziendale - N° 2 monitoraggi semestrali (entro il 15 luglio e il 15 gennaio)	5
12	Applicazione delle prescrizioni contenute nel Codice di Comportamento e di tutti gli obblighi in esso previsti.	Realizzazione di n. 1 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.	5
13	Trasmissione/pubblicazione atti di competenza in Amministrazione Trasparente , nei modi e tempi previsti dall'allegato al PTPCT denominato "obblighi di pubblicazione"	Atti da pubblicare/atti pubblicati= 1	5
14	Partecipazione ad eventi/corsi in materia di prevenzione della corruzione , etica e legalità, codice di comportamento	almeno 1 evento formativo/anno	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 2022 POTREBBERO ESSERE RIMODULATI NEL CORSO DELL'ANNO QUALORA INTERVENGANO VARIAZIONI NORMATIVE E/O ASSEGNAZIONE DI OBIETTIVI REGIONALI

2021 **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) secondo le specifiche del PIAO	predisposizione atto entro il 30 ottobre di ogni anno per l'anno successivo	10
2	Attivazione del software sulla gestione della formazione secondo un cronoprogramma stabilito con il SIA	Rispetto entro il 90% del cronoprogramma	10
3	Gestione del Budget assegnato con Delibera Aziendale n. 13/2022 sui programmi di spesa. Monitoraggio continuo ed analisi trimestrale sullo stato di avanzamento e sulle cause di scostamento del budget assegnato nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget.	Spesa sostenuta = budget assegnato. Relazione 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	Predisposizione programmi di addestramento all'uso dell'aula virtuale	Relazione	5
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	10
8	Predisposizione programma di addestramento all metodologia didattica a distanza	Relazione	10
9	Soddisfacimento delle richieste tirocini gratuiti e stage in Azienda	100% degli aventi diritto e nei limiti imposti dalla normativa	5
10	Predisposizione del programma formativo aziendale secondo la programmazione del PNRR	SI/NO	10
11	Predisposizione piano ferie annuale, monitoraggio utilizzo ferie da parte del personale della struttura in conformità a quanto previsto dai CCNL e regolamenti aziendali e utilizzo Portale del dipendente del sistema informativo aziendale per le richieste, autorizzazioni, ferie e mancate timbrature	Indicatore/risultato atteso: monitoraggio ferie residue e utilizzo Portale del dipendente = 100%	5

2021**18 - UFFICI DI STAFF ALLA DIREZIONE - ASL FG Foggia**

12	Monitoraggio periodico di primo livello delle misure anticorruptive aziendali	Rendicontazione semestrale tramite piattaforma centralizzata aziendale - N° 2 monitoraggi semestrali (entro il 15 luglio e il 15 gennaio)	5
13	Applicazione delle prescrizioni contenute nel Codice di Comportamento e di tutti gli obblighi in esso previsti.	Realizzazione di n. 1 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.	5
14	Trasmissione/pubblicazione atti di competenza in Amministrazione Trasparente , nei modi e tempi previsti dall'allegato al PTPCT denominato "obblighi di pubblicazione"	Atti da pubblicare/atti pubblicati= 1	5
15	Partecipazione ad eventi/corsi in materia di prevenzione della corruzione , etica e legalità, codice di comportamento	almeno 1 evento formativo/anno	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 2022 POTREBBERO ESSERE RIMODULATI NEL CORSO DELL'ANNO QUALORA INTERVENGANO VARIAZIONI NORMATIVE E/O ASSEGNAZIONE DI OBIETTIVI REGIONALI

2021 **18 - UFFICI DI STAFF ALLA DIREZIONE - ASL FG Foggia**

CdR **S.S. UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO**

	OBIETTIVI QUALI/QUANTITATIVI	Indicatore/risultato atteso	peso
1	Analisi sulla natura dei reclami pervenuti ed invito ai servizi competenti ad adottare le opportune misure atte a superare le criticità riscontrando al cittadino dopo aver acquisito informazioni dai servizi interessati nei tempi previsti dal regolamento di pubblica utilità	Riscontro al CdG con evidenza delle criticità non risolte e delle strutture non collaboranti. N°reclami pervenuti= N° reclami riscontrati	5
2	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 = N° rimborsi effettuati	5
3	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	5
4	Gestione del Budget assegnato con Delibera Aziendale n. 32/2021 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. (Salvo autorizzazione della Direzione Strategica Relazione finale sullo stato di avanzamento del Budget e sulle cause degli eventuali scostamenti nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget.	5
5	Rispetto del Budget assegnato annualmente sullo straordinario e indennità chilometrica. Monitoraggio continuo ed analisi trimestrale sullo stato di avanzamento e sulle cause di scostamento del budget assegnato nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget.	Spesa sostenuta = budget assegnato. Relazione finale sullo stato di avanzamento del Budget e sulle cause degli eventuali scostamenti nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget.	5
6	Realizzazione progetto regionale "Hospitality" per la parte di competenza	SI/NO	5
7	Promozione e gestione della Comunicazione istituzionale on line attraverso il portale della Salute.	Aggiornamento puntuale	5
8	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: a) N° campagne realizzate per il vasto pubblico b) N° di campagne realizzate per un pubblico target	5
9	Attuazione metodo CO-MARKETING	Promozione di un rapporto a lungo termine tra brand che si aiutano a vicenda per reciprocità	5

2021**18 - UFFICI DI STAFF ALLA DIREZIONE - ASL FG Foggia**

10	Ai fini dell'applicazione del Piano Triennale per la Trasparenza e l'Integrità (ai sensi dell'art. 41 "Trasparenza del Servizio Sanitario Nazionale" del D.lgs n. 33/2013), provvedere alla pubblicazione: a. delle prestazioni professionali svolte in regime intramurario b. in una apposita sezione denominata "Liste di attesa", i tempi di attesa previsti e i tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata.	Pubblicazione dei report	5
11	Redazione del Piano di Comunicazione istituzionale e sua diffusione interna	Aggiornamento annuale	10
12	Proseguo formazione dei formatori in collaborazione con la struttura formazione, di personale interno ed esterno tramite modalità webinar basata su storytelling un modo "altro" per comunicare	SI/NO	5
13	Predisposizione atti Tavolo Tecnico Salute e Medicina di Genere, predisposizione atti Comitato Consultivo Misto e predisposizione atti Comitato Unico di Garanzia	N° riunioni effettuate -Report annuale	5
14	Gestione pagina istituzionale facebook e attivazione pagina Instagram istituzionale	Aggiornamento continuo di immagini ed informazioni esterne ed interne	5
15	Predisposizione piano ferie annuale, monitoraggio utilizzo ferie da parte del personale della struttura in conformità a quanto previsto dai CCNL e regolamenti aziendali e utilizzo Portale del dipendente del sistema informativo aziendale per le richieste, autorizzazioni, ferie e mancate timbrature	Indicatore/risultato atteso: monitoraggio ferie residue e utilizzo Portale del dipendente = 100%	5
16	Monitoraggio periodico di primo livello delle misure anticorruptive aziendali	Rendicontazione semestrale tramite piattaforma centralizzata aziendale - N° 2 monitoraggi semestrali (entro il 15 luglio e il 15 gennaio)	5
17	Applicazione delle prescrizioni contenute nel Codice di Comportamento e di tutti gli obblighi in esso previsti.	Realizzazione di n. 1 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.	5
18	Trasmissione/pubblicazione atti di competenza in Amministrazione Trasparente , nei modi e tempi previsti dall'allegato al PTPCT denominato "obblighi di pubblicazione"	Atti da pubblicare/atti pubblicati= 1	5
19	Partecipazione ad eventi/corsi in materia di prevenzione della corruzione , etica e legalità, codice di comportamento	almeno 1 evento formativo/anno	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 2022 POTREBBERO ESSERE RIMODULATI NEL CORSO DELL'ANNO QUALORA INTERVENGANO VARIAZIONI NORMATIVE E/O ASSEGNAZIONE DI OBIETTIVI REGIONALI

2021 **18 - UFFICI DI STAFF ALLA DIREZIONE - ASL FG Foggia**

CdR **S.S. UVARP**

	OBIETTIVI QUALI/QUANTITATIVI	Indicatore/risultato atteso	peso
1	1) Appropriatelyzza cartella clinica/congruità SDO (assistenza ospedaliera privata) R. O. - DH/DS in ottemperanza alle linee guida regionali; 2) Appropriatelyzza cartella clinica/congruità SDO (assistenza ospedaliera diretta) R. O. - DH/DS in ottemperanza alle linee guida regionali; 3) Appropriatelyzza cartella clinica/congruità SDO (assistenza ospedaliera riabilitativa post-acuzie privata) Riabilitazione codice 56)	1a)100% dei ricoveri "ad alto rischio di inappropriatelyzza" dando priorità a DH medici, parti cesarei, ipertensione, diabete, intervento di liberazione tunnel carpale e fratture di femore in pazienti con età > 65 anni.; 1b) Controlli analitici casuali significativi delle cartelle cliniche totali (30%); 2)Numero SDO verificate/numero SDO pervenute (5%); 3) Numero SDO verificate/numero SDO pervenute (20%).	30
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	25
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	Predisposizione piano ferie annuale, monitoraggio utilizzo ferie da parte del personale della struttura in conformità a quanto previsto dai CCNL e regolamenti aziendali e utilizzo Portale del dipendente del sistema informativo aziendale per le richieste, autorizzazioni, ferie e mancate timbrature	Indicatore/risultato atteso: monitoraggio ferie residue e utilizzo Portale del dipendente = 100%	5
7	Monitoraggio periodico di primo livello delle misure anticorruptive aziendali	Rendicontazione semestrale tramite piattaforma centralizzata aziendale - N° 2 monitoraggi semestrali (entro il 15 luglio e il 15 gennaio)	5
8	Applicazione delle prescrizioni contenute nel Codice di Comportamento e di tutti gli obblighi in esso previsti.	Realizzazione di n. 1 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.	5
9	Trasmissione/pubblicazione atti di competenza in Amministrazione Trasparente , nei modi e tempi previsti dall'allegato al PTPCT denominato "obblighi di pubblicazione"	Atti da pubblicare/atti pubblicati= 1	5
10	Partecipazione ad eventi/corsi in materia di prevenzione della corruzione , etica e legalità, codice di comportamento	almeno 1 evento formativo/anno	5

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 2022 POTREBBERO ESSERE RIMODULATI NEL CORSO DELL'ANNO QUALORA INTERVENGANO VARIAZIONI NORMATIVE E/O ASSEGNAZIONE DI OBIETTIVI REGIONALI

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

2021 **18 - UFFICI DI STAFF ALLA DIREZIONE - ASL FG Foggia**

CdR **S.S. COORDINAMENTO DELLE PROFESSIONI SANITARIE**

	OBIETTIVI QUALI/QUANTITATIVI	Indicatore/risultato atteso	peso
1	Contribuire , con la Direzione Strategica , alla determinazione ,sulla scorta degli standard nazionali e regionali, del Fabbisogno di personale delle Professioni Sanitarie	n° 1 Piano del Fabbisogno di personale delle Professioni sanitarie	20
2	Programmazione, organizzazione e coordinamento delle risorse professionali e di supporto, indispensabili per l'erogazione delle prestazioni e dei servizi offerti all'utenza	Relazione	15
3	Elaborazione,sulla base del fabbisogno formativo, delle proposte di competenza per il piano formativo aziendale	Predisposizione di documento contenente le proposte formative per l'anno di riferimento	10
4	Gestire la mobilità interna del personale , intervenendo con provvedimentiordinari e /o urgenti, qualora fossero necessari spostamenti di personale interdipartimentali, interospedalieri ed interdistrettuali	Relazione	15
5	Collaborare nell'identificazione dei criteri professionali per il conferimento e la graduazione degli incarichi di funzione per l'area di competenza, ivi compresa la definizione del sistema di valutazione degli incarichi conferiti	Relazione	10
6	Contribuire all'elaborazione di protocolli e linee guida per il miglioramento della qualità assistenziale	Almeno n.1 protocollo / linea guida	10
7	Progettazione e proposizione di modelli assistenziali innovativi	N° 1 modello	10
8	Partecipazione ad eventi/corsi in materia di prevenzione della corruzione , etica e legalità, codice di comportamento	almeno 1 evento formativo/anno	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 2022 POTREBBERO ESSERE RIMODULATI NEL CORSO DELL'ANNO QUALORA INTERVENGANO VARIAZIONI NORMATIVE E/O ASSEGNAZIONE DI OBIETTIVI REGIONALI

2021 **18 - UFFICI DI STAFF ALLA DIREZIONE - ASL FG Foggia**

CdR		S.S. RISCHIO CLINICO	
	OBIETTIVI QUALI/QUANTITATIVI	Indicatore/risultato atteso	peso
1	Definizione di un correttivo per ogni evento sentinella verificatosi	N. Protocolli = 100% Eventi Sentinella	10
2	Predisposizione regolamento COVASI in collaborazione con la S.C. Burogratico Legale e la SSD Medicina legale	Presentazione del regolamento entro il 30/06	15
3	Attivazione di almeno n°3 safety wolkaround verbale controfirmato dall'unità oggetto di controllo.	Verbale controfirmato dall'unità oggetto di controllo.	15
4	Miglioramento delle procedure esistenti per la prevenzione del rischio da infezioni ospedaliere e attivazione di almeno 1 audit per ciascuna struttura aziendale Interessata	Numero di audit effettuati nell'anno / Numero di audit programmati >75%	10
5	Costituzione gruppi di lavoro per l'implementazione delle raccomandazioni Ministeriali	Almeno n° 4 incontri verbalizzati con costituzione dei relativi gruppi	15
6	Mappatura inapproprietezza su sinistri pagati	1)Report semestrale inapproprietezza con l'indicazione dell'inapproprietezza; 2) Incontri annuali con Direttori di Unità Operative (PP.OO., Distretti e Dipartimenti)	15
7	Predisposizione di una relazione annuale sugli eventi avversi e sulle cause che lo hanno prodotto, sulle conseguenti iniziative poste in essere (L. n. 24/2017 art.2 comma 5)	Pubblicazione Relazione su Amministrazione Trasparenza	10
8	Applicazione delle prescrizioni contenute nel Codice di Comportamento e di tutti gli obblighi in esso previsti.	Realizzazione di n. 1 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.	5
9	Partecipazione ad eventi/corsi in materia di prevenzione della corruzione , etica e legalità, codice di comportamento	almeno 1 evento formativo/anno	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 2022 POTREBBERO ESSERE RIMODULATI NEL CORSO DELL'ANNO QUALORA INTERVENGANO VARIAZIONI NORMATIVE E/O ASSEGNAZIONE DI OBIETTIVI REGIONALI