

Area Strategica	Obiettivo Operativo	Indicatore	Struttura/Strutture Assegnatarie	TARGET 2024	Non valutabile	Percentuale di raggiungimento
Appropriatezza e Qualità	Report semestrale eventi avversi delle Strutture	N° eventi segnalati al mese	Direzioni Mediche	n. 2 report elaborati entro Talete web		100%
Appropriatezza e Qualità	Monitoraggio posti letto definiti dal R.R. n. 14/2020	Monitoraggio mensile	Direzioni Mediche, Statistica ed Epidemiologia	Trasmissione monitoraggio alla Direzione sanitaria aziendale e al Controllo di Gestione		100%
Appropriatezza e Qualità	Questionari di Customer Satisfaction definiti con le strutture ospedaliere territoriali ed amministrative	Predisposizione questionari ospedalieri e territoriali e analisi delle risultanze	Ufficio Relazioni con il Pubblico	≥ 40% delle strutture		50%
Appropriatezza e Qualità	Controlli analitici casuali nelle strutture private accreditate dei ricoveri esitati con DRG non LEA, comprensivo dei ricoveri in Riabilitazione strutture residenziali e semiresidenziali	% Controlli	UVARP	5%		100%
Appropriatezza e Qualità	Controllo delle cartelle cliniche/SDO dei ricoveri ad alto rischio di inappropriatezza risultante all'esito dei controlli MAAP trasferibili in altro setting, nonché delle cartelle cliniche /SDO riferite ai parti cesarei come controllo esterno sugli erogatori privati accreditati	% controllo cartelle cliniche su ricoveri a rischio di inappropriatezza; % controllo cartelle cliniche riferite ai parti cesarei	UVARP	1)100% 2) 100%		100%
Appropriatezza e Qualità	1) Effettuare il controllo delle prestazioni di Day Service erogato da privato accreditato (File C); 2) Eseguire il controllo delle prestazioni di specialistica ambulatoriale (File C) secondo i volumi e le indicazioni definiti nel Piano annuale dei Controlli; 3) Controlli Specialistica Ambulatoriale "File C" dell'I.R.C.C.S. "Casa Sollievo della Sofferenza" S.Giovanni R.	1) N° SDA controllate/ n° SDA totali; 2) % Controlli previsti dal Piano annuale dei Controlli; 3) N° ricette controllate/ N° ricette totale.	UVARP	1) 15%; 2) 100%; 3) >10% .		100%
Appropriatezza e Qualità	Effettuare il controllo delle prestazioni in regime di Riabilitazione ex 26 , nonché per la riabilitazione intensiva (cod. 28-cod.75- cod. 56) secondo la deliberazione di Giunta regionale n. 2067/2013 nonché in base alla normativa nazionale e regionale vigente in materia	% Controlli	UVARP	10%		100%
Appropriatezza e Qualità	Ricerca e individuare le situazioni di potenziale inappropriatezza particolarmente significative per numerosità di casi e/o valorizzazione economica delle SDO e/o procedura/tecnica adottata che possono richiedere di essere approfondite con ulteriori rilevazioni mirate	Relazione trimestrale con relativi report regionali	UVARP	n° 4 report		100%
Appropriatezza e Qualità	Programmare incontri periodici con le Direzioni mediche, i Direttori di distretto , il dirigente Rischio clinico, il dirigente delle Gestione Rapporti convenzionali al fine di condividere gli indirizzi operativi delle attività da porre in essere	Incontri almeno semestrali	UVARP	n° 2 incontri		100%
Appropriatezza e Qualità	Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente	Corretta e completa compilazione della check list preoperatoria	Anestesia e Rianimazione	Relazione annuale		100%
Appropriatezza e Qualità	Ottimizzare i tempi di inizio e di termine delle sedute operatorie	Verifica registri di sala operatoria da parte della Direzione medica	Anestesia e Rianimazione	si/no		100%

Area Strategica	Obiettivo Operativo	Indicatore	Struttura/Strutture Assegnatarie	TARGET 2024	Non valutabile	Percentuale di raggiungimento
Appropriatezza e Qualità	Corretta applicazione della procedura aziendale e della relativa modulistica (Delibera DG n. 1280/2021) per l'attivazione della sala operatoria in emergenza-urgenza e corretto impiego dell'anestesista in caso di simultaneità di interventi	Verifica della da parte dlle Direzione medica	Anestesia e Rianimazione	si/no		100%
Appropriatezza e Qualità	Eliminare i casi in cui si rinvia l'intervento del paziente, ricoverato e già preparato, conseguenti alla valutazione specialistica complessiva delle condizioni di salute e dei rischi legati all'atto chirurgico, al paziente e all'atto anestesiológico. Adeguata pianificazione dell'anestesia e attuazione del consenso informato.	Relazione annuale con l'indicazione del numero degli interventi rinviati per pazienti ricoverati e già preparati	Anestesia e Rianimazione	Riduzione rispetto all'anno 2023		100%
Appropriatezza e Qualità	Indicazione e prescrizione sulla cartella anestesiológica di terapie per il controllo del dolore post-operatorio	Relazione annuale con l'indicazione del dato	Anestesia e Rianimazione	(N. cartelle conformi/ n. cartelle controllate) = 95%		100%
Appropriatezza e Qualità	Miglioramento della gestione degli eventi avversi	n° 3 audit proattivi/reattivi verbalizzati da inviare alla SSD rischio clinico	Anestesia e Rianimazione, SS.CC. Chirurgiche e Mediche Ospedaliere	Verbalì audit		89,40%
Appropriatezza e Qualità	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	Stesura ed implementazione protocollo dolore toracico	Cardiologia-Utic	Protocollo SI/NO		100%
Appropriatezza e Qualità	Trattamento Infarto Miocardico Acuto	% trattati con PTCA entro 2 giorni	Cardiologia-UticSan Severo	≥60%		100%
Appropriatezza e Qualità	Garantire l'autosufficienza di emocomponenti ed emoderivati nei PP.OO. assegnati e contribuire all'autosufficienza regionale degli stessi	Rendiconto trimestrale su richieste all'esterno.	Centro Trasfusionale	4 Report		100%
Appropriatezza e Qualità	Contribuire al miglioramento della pratica trasfusionale mediante la verifica costante dell'appropriatezza delle richieste di sangue ed emocomponenti da parte delle UU.OO. di degenza.	Valutazione dell'appropriatezza delle richieste-relazione	Centro Trasfusionale	Relazione semestrale con report		100%
Appropriatezza e Qualità	Mantenimento dell'Accreditamento dei CT	Relazione	Centro Trasfusionale	Relazione (SI/NO)		100%
Appropriatezza e Qualità	Produzione di EMC ad uso non trasfusionale (PRP) e valutazione qualitativa dell'operato svolto dalle case di cura private e convenzionate autorizzate alla produzione e utilizzo di PRP	n. verifiche effettuate / n. verifiche da effettuare	Centro Trasfusionale	100%		100%
Appropriatezza e Qualità	Attivazione di esami da eseguire come controllo di qualità sulle unità di sangue ed ogni tipo di emocomponente per garantire la qualità della produzione e la sicurezza del paziente	Valutazione dell'appropriatezza e della qualità	Centro Trasfusionale	100%		100%
Appropriatezza e Qualità	Gestione del paziente in terapia TAO	n. pazienti in terapia TAO	Centro Trasfusionale P.O. Manfredonia	n. pazienti in terapia TAO		100%
Appropriatezza e Qualità	Gestione del paziente anemico	n. pazienti gestiti / n. richieste pazienti	Centro Trasfusionale P.O.Cerignola	100%		100%
Appropriatezza e Qualità	Gestione ambulatorio di supporto trasfusionale per pazienti anemici cronici	n. pazienti anemici cronici / n. richieste pazienti	Centro Trasfusionale P.O.Cerignola	100%		100%

Area Strategica	Obiettivo Operativo	Indicatore	Struttura/Strutture Assegnatarie	TARGET 2024	Non valutabile	Percentuale di raggiungimento
Appropriatezza e Qualità	Implementazione attività di day-service	N° SDA	Dipartimento Internistico	+10% rispetto al 2023		93,80%
Appropriatezza e Qualità	Gestione delle procedure endoscopiche in sedazione cosciente	n° esami in sedazione/n° esami	Endoscopia Digestiva	≥70%		100%
Appropriatezza e Qualità	Miglioramento della gestione delle procedure endoscopiche	Percentuale di raggiungimento del colon-cieco	Endoscopia Digestiva	≥90%		100%
Appropriatezza e Qualità	Valutazione periodica della qualità Centro di Endoscopia digestiva ottenuto mediante l'adenoma Detection rate (ADR)	Report semestrale	Endoscopia Digestiva	n°2 report		100%
Appropriatezza e Qualità	Riduzione tempi di esecuzione , refertazione e consegna degli esami per pazienti in OBI - Pronto soccorso	Relazione sul tempo di refertazione e consegna referto (min 30 minuti max 120 minuti in base alla tipologia dell'esame)	Laboratori Analisi	entro 2 ore		100%
Appropriatezza e Qualità	Miglioramento attività di "filtro".	Riduzione del tasso di ricovero privilegiando altri setting assistenziali più appropriati	Medicina e Chirurgia d'Accettazione e urgenza	<20% (laddove non in linea con valori standard)		100%
Appropriatezza e Qualità	Miglioramento attività di "filtro".	% ricoveri in regime d'urgenza nella SS.CC . di Area Medica attribuiti a DRG ad alto rischi di inapproprietezza	Medicina e Chirurgia d'Accettazione e urgenza	2024≤2023		33,30%
Appropriatezza e Qualità	Ridurre i casi di abbandoni spontanei del Pronto Soccorso da parte dei pazienti attraverso il miglioramento dei servizi resi sia per tempistica che per organizzazione. Analisi della casistica e delle azioni da attivare per il suo contenimento	Abbandoni da Pronto Soccorso (Ind. MES D9)	Medicina e Chirurgia d'Accettazione e urgenza	Miglioramento Performance 2023 (laddove non in linea con valori standard)		100%
Appropriatezza e Qualità	Analisi degli accessi classificati sinteticamente con gli esiti	N. accessi suddivisi per codice di accesso	Medicina e Chirurgia d'Accettazione e urgenza	Report trimestrale		100%
Appropriatezza e Qualità	Incremento tempestività delle prestazioni	% Accessi in P.S. con codice arancione visitati entro 30 min. (Ind. MES C16.1)	Medicina e Chirurgia d'Accettazione e urgenza	Miglioramento Performance 2023 (laddove non in linea con valori standard)		97,70%
Appropriatezza e Qualità	Integrazione con il 118 e con i DSS di appartenenza coordinata dal Responsabile del Dip. di Emergenza-Urgenza	N° 2 incontri annui (uno con il 118 e uno con il DSS di riferimento) da verbalizzare .	Medicina e Chirurgia d'Accettazione e urgenza	Verbali sottoscritti		100%
Appropriatezza e Qualità	Miglioramento attività di "filtro".	% Ricoveri Da Pronto Soccorso In Reparti Chirurgici Con Dgr Chirurgico Alla Dimissione (Ind. Mes C16.7)	Medicina e Chirurgia d'Accettazione e urgenza Cerignola e San Severo	> 65%		77,50%
Appropriatezza e Qualità	Incremento degli Interventi su fratture del collo del femore operate Entro 2 Giorni dall'Ammissione	% pazienti (età +65) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario (Cod. H13C D.M. 12/03/2019)	Ortopedia e traumatologia	≥60%		79,50%
Appropriatezza e Qualità	Raggiungimento del target 1000 parti annui.	n. parti annui	Ostetricia e Ginecologia	1000 parti annui		100%
Appropriatezza e Qualità	Migliorare la qualità dei servizi legati al percorso materno-infantile a livello ospedaliero	Riduzione dei parti con taglio cesareo.	Ostetricia e Ginecologia	≤ 15%		75%
Appropriatezza e Qualità	Riduzione tempi di esecuzione, refertazione e consegna degli esami per pazienti interni ed esterni	Relazione sul tempo di refertazione e consegna referto	Radiologie	entro 48 ore paz. Interni entro 10 gg paz. Esterni (da relazione semestrale)		100%
Appropriatezza e Qualità	Riduzione dei tempi di refertazione	Ridurre i tempi di refertazione degli esami per i pazienti interni ed esterni	Senologia Territoriale	In giornata per pz interni, entro 5 gg per pz esterni;		100%
Appropriatezza e Qualità	Gestione follow up	Esecuzione follow-up oncologici	Senologia Territoriale	Entro 10 gg.		100%
Appropriatezza e Qualità	Implementazione del numero di ricoveri di pazienti provenienti da altre ASL della Regione	N° ricoveri pz fuori ASL/ n° ricoveri	SPDC	2%		100%

Area Strategica	Obiettivo Operativo	Indicatore	Struttura/Strutture Assegnatarie	TARGET 2024	Non valutabile	Percentuale di raggiungimento
Appropriatezza e Qualità	Implementazione del numero di ricoveri di pazienti minori, accompagnati su indicazione del servizio di Neuropsichiatria infantile per una migliore definizione diagnostica ed un precoce trattamento al fine di ridurre il DUP	N° ricoveri pz minori/ n° ricoveri	SPDC	1%		100%
Appropriatezza e Qualità	Definizione nel corso dell'anno di un correttivo per ogni evento sentinella verificatosi	Esistenza di un protocollo per ogni evento sentinella	SS Rischio Clinico	N. Protocolli = 100% Eventi Sentinella		100%
Appropriatezza e Qualità	Attivazione di almeno n°3 safety walkaround verbale controfirmato dall'unità oggetto di controllo.	Verbale controfirmato dall'unità oggetto di controllo.	SS Rischio Clinico	n.3 verbali		100%
Appropriatezza e Qualità	Promozione della cultura della sicurezza delle cure	Eventi formativi	SS Rischio Clinico	almeno 4 eventi		100%
Appropriatezza e Qualità	Costituzione gruppi di lavoro per l'implementazione delle raccomandazioni Ministeriali	Verbale incontri	SS Rischio Clinico	n. 4 verbali		100%
Appropriatezza e Qualità	Istituzione di una rete di facilitatori	Delibera	SS Rischio Clinico	Atto deliberativo		100%
Appropriatezza e Qualità	Incontro annuale con Direttori di Unità Operative (PP.OO., Distretti e Dipartimenti) per la mappatura inappropriatezza su sinistri pagati	Verbale incontro	SS Rischio Clinico	N. 1 verbale		100%
Appropriatezza e Qualità	Riduzione dei ricoveri in regime di ricovero inappropriato favorendo il giusto setting assistenziale senza compromettere lo stato di salute del paziente	Rapporto tra ricoveri attribuiti ad alto rischi di appropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di appropriatezza in regime ordinario (Cod. H04Z D.M. 12/03/2019)	SS.CC Ospedaliere di ricovero	≤ 0,21		91,60%
Appropriatezza e Qualità	Miglioramento appropriatezza organizzativa chirurgica	Ottimizzazione del tasso operati/dimessi.	SS.CC. Ospedaliere Chirurgiche	Tasso operati/dimessi >70%.		96,80%
Appropriatezza e Qualità	Colecistectomie laparoscopiche	ricoveri con degenza post-operatoria < 3 giorni (Cod. H05Z)	SS.CC. Ospedaliere Chirurgiche	≥ 75%		64,60%
Appropriatezza e Qualità	Qualità degli interventi in relazione alle sedute operatorie a disposizione	Peso medio DRG chirurgici	SS.CC. Ospedaliere Chirurgiche	Mantenimento/Incremento peso medio DRG chirurgico rispetto al 2023		100%
Appropriatezza e Qualità	Riduzione dei ricoveri inappropriati favorendo il giusto setting assistenziale senza compromettere lo stato di salute del paziente	Percentuale di dimissione con DRG medico / totale dimissioni in regime ordinario da reparti chirurgici	SS.CC. Ospedaliere Chirurgiche	≤ 26,65%		100%
Appropriatezza e Qualità	Miglioramento appropriatezza organizzativa chirurgica	Degenza media preoperatotia	SS.CC. Ospedaliere Chirurgiche	1,64 gg		99,50%
Appropriatezza e Qualità	Miglioramento appropriatezza chirurgica per interventi di tipo disostruttivo	Miglioramento della performance relativamente al trattamento delle patologie che richiedono l'utilizzo cronico di dispositivi invasivi nei pazienti affetti da ostruzione delle basse vie urinarie	SS.CC. Urologia	Incremento del 10% rispetto al 2023		100%
Appropriatezza e Qualità	Monitoraggio attività svolta dai medici convenzionati	Relazione mensile da trasmettere alla Direzione strategica e all'UCG	Anestesia e Rianimazione, Ostetricia e Ginecologia	Relazione mensile		100%
Appropriatezza e Qualità	Rendicontazione dell'attività svolta da ciascuna postazione della rete nell'esercizio precedente, raggruppando gli interventi per codice e nel caso, luogo di ricovero del paziente.	Rendicontazione attraverso report	Coordinamento Emergenza-Urgenza	Report trimestrali		100%
Appropriatezza e Qualità	Miglioramento qualità e appropriatezza area Emergenza-Urgenza	Intervallo allarme - Target dei mezzi di Soccorso	Coordinamento Emergenza-Urgenza	Miglioramento Performance 2023 (laddove non in linea con valori standard)		100%

Area Strategica	Obiettivo Operativo	Indicatore	Struttura/Strutture Assegnatarie	TARGET 2024	Non valutabile	Percentuale di raggiungimento
Appropriatezza e Qualità	Monitoraggio delle strutture psichiatriche riabilitative previste dal reg. Regionale 7/02 e mantenimento del relativo budget di spesa	Aggiornamento del registro delle strutture presso le quali sono presenti utenti provenienti dal proprio bacino di utenza con annotazione della data in cui si è effettuato il controllo sugli esiti delle cure erogate al paziente. Almeno due controlli annuali per struttura verbalizzati. Mantenimento budget anno 2022 salvo inserimenti disposti dall'autorità giudiziaria	Dipartimento Salute Mentale	1) trasmissione verbali; 2) rispetto budget di spesa		98,30%
Appropriatezza e Qualità	Corretta gestione delle Sale Operatorie	Verifica dei registri di sala operatoria per l'ottimizzazione dei tempi d'inizio e di termine delle sedute operatorie e per l'analisi del corretto equilibrio della tipologia di interventi per una condivisa attività su due sale operatorie da parte di un'anestesista	Direzioni Mediche	si/no		100%
Appropriatezza e Qualità	Garantire l'appropriatezza della cartella clinica/congruità sdo (assistenza ospedaliera diretta) R.O. - DH/DS in ottemperanza alle linee guida e disposizioni regionali.	a) controllo di almeno il 10% dei controlli analitici casuali; b) controllo del 100% dei ricoveri appartenenti ai 108 DRG "ad alto rischio di inappropriatezza", dando priorità a: DH medici, parti cesarei, ipertensione, diabete, intervento di liberazione tunnel carpale e fratture di femore pazienti con età > 65 anni; c) definire modalità organizzative volte alla riduzione della eventuale inappropriatezza.	Direzioni Mediche	Report trimestrale.		100%
Appropriatezza e Qualità	Miglioramento della qualità del servizio	Compilazione di un questionario preliminare alla procedura endoscopica	Endoscopia Digestiva	100% delle procedure		100%
Appropriatezza e Qualità	Attività in Day Hospital	Incremento attività in Day - Hospital	Gastroenterologia	Mantenimento/Incremento rispetto all'anno precedente		100%
Appropriatezza e Qualità	Attivazione ambulatorio posizionamento accessi vascolari	Attivazione ambulatorio posizionamento accessi vascolari e loro gestione sia a pazienti afferenti alla SSD di Oncologia che delle strutture afferenti al Dipartimento Internistico del P.O. Di San Severo	Oncologia	Relazione SI/NO		100%
Appropriatezza e Qualità	Attivazione ambulatorio per Simultaneous Care	Attivazione ambulatorio per Simultaneous Care a pazienti oncologici finalizzato alla riduzione dei ricoveri in reparti internistici per acuti e cronici	Oncologia	Relazione SI/NO		100%
Appropriatezza e Qualità	Assicurare la polisonnografia per pazienti affetti da OSAS e esami di broncoscopia per pazienti ricoverati nei PP.OO.dell'Asl FG e su richiesta dei MMG	n° di esami/n° di richieste	S.C. Malattie Apparato Respiratorio	100%		100%
Appropriatezza e Qualità	Accettazione trasferimenti di pazienti ricoverati nei Presidi della provincia dell'ASL Fg in grave insufficienza respiratoria che necessitano di NIV ad alta assistenza e/o pz tracheostomatizzati	N° trasferimenti	S.C. Malattie Apparato Respiratorio	100%		100%

Area Strategica	Obiettivo Operativo	Indicatore	Struttura/Strutture Assegnatarie	TARGET 2024	Non valutabile	Percentuale di raggiungimento
Appropriatezza e Qualità	Aumento dell'offerta di diagnostica senologica	Mantenimento delle prestazioni di senologia clinica	Senologia Territoriale	Mantenimento del 10% rispetto all'anno precedente		100%
Appropriatezza e Qualità	Rilevazione della qualità percepita: somministrazione del questionario di gradimento secondo il protocollo elaborato dall' URP.	n° questionari somministrati/n° questionari ritirati	SS.CC Ospedaliere di ricovero , DSS	≥ 60%		100%
Appropriatezza e Qualità	Follow-up ravvicinato di pazienti in predialisi (MRCV stadio K-DOQI)	Incremento dell'attività ambulatoriale per pazienti uremici da avviare al trattamento sostitutivo (emodialitico, peritoneale, trapianto)	SSD Nefrologia e Dialisi	2023+10%		100%
Appropriatezza e Qualità	Prosecuzione attività di ambulatorio dedicato e attivazione Day Service (PAC 71-74) come previsto dalle normative regionali	Consolidamento delle attività relative all'ambulatorio per la malattia renale avanzata (Ambulatorio MAREA) in applicazione del percorso di diagnosi e terapia sull'avvio del trattamento sostitutivo della funzione renale	SSD Nefrologia e Dialisi	2023+10%		100%
Appropriatezza e Qualità	Gestione dei reclami/ segnalazioni ed elogi	Produzione documento semestrale con analisi dei reclami/ segnalazioni classificati per Struttura interessata	Ufficio Relazioni con il Pubblico	Trasmissione n° 2 documenti alla Direzione Strategica e al Controllo di gestione		100%
Appropriatezza e Qualità	Comunicazioni alle strutture competenti dei reclami pervenuti e richiesta di adottare le necessarie misure per superare le criticità riscontrate	Analisi dei riscontri da parte delle strutture e trasmissione degli stessi agli interessati nei tempi previsti dal Regolamento di pubblica tutela	Ufficio Relazioni con il Pubblico	100%		100%
Appropriatezza e Qualità	Formazione operatori ASL addetti alla compilazione della SDO anche ai sensi delle nuove regole contenute nel decreto n. 261/2016.	Almeno n.1 corso per P.O. verbalizzando data, partecipanti e contenuti svolti.	UVARP	n. 1 corso con verbale		100%
Appropriatezza e Qualità	Potenziamento dello screening colon-retto	Incremento degli esami di II livello ≥10% rispetto al 2023	Endoscopia Digestiva, Gastroenterologia	>10% dell'anno precedente		100%
Appropriatezza e Qualità	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 circa l'attività svolta	SSD Medicina Legale	Relazione		100%
Appropriatezza e Qualità	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 dell'istruttoria. Produzione di numero 2 report semestrali. Stesura di una procedura operativa	SSD Medicina Legale	Report semestrali		100%
Appropriatezza e Qualità	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.	SSD Medicina Legale	10gg		100%
Aspetti economici finanziari ed efficienza operativa	Rendiconto degli interventi con elisoccorso: trasporto di pazienti non appartenenti all'ASL suddiviso per ASL competente ai fini della di Mobilità attiva con relativo recupero	1)Rendicontazione del numero di interventi 2) recupero degli importi relativi ad interventi su pazienti non appartenenti all'ASL FG	Coordinamento Emergenza-Urgenza	1)n. 2 report semestrali con l'indicazione degli interventi 2) 100% recuperi		100%

Area Strategica	Obiettivo Operativo	Indicatore	Struttura/Strutture Assegnatarie	TARGET 2024	Non valutabile	Percentuale di raggiungimento
Aspetti economici finanziari ed efficienza operativa	Monitoraggio spesa verso comunità terapeutiche provinciali, regionali ed extraregional	Controllo e rendicontazione semestrale della spesa, nei limite del budget, verso comunità terapeutiche provinciali, regionali ed extraregionali, evidenziando per ogni struttura numero di utenti, giornate di degenza e retta giornaliera.	Dipartimento delle Dipendenze Patologiche	Report semestrali e rispetto del budget assegnato		100%
Aspetti Economico Finanziari e di controllo di gestione	Debito informativo: riscontro alle richieste provenienti dalla Regione e dalla Corte dei Conti entro i termini previsti.	Numero riscontri effettuati entro la data prevista /numero richieste pervenute	Area Gestione del Patrimonio	100%		100%
Aspetti Economico Finanziari e di controllo di gestione	Rilevazione e controllo presenze personale convenzionato- specialisti ambulatoriali	Trasmissione flusso ai Direttori dei Distretti socio- sanitari	Area Gestione del Personale	100%		100%
Aspetti Economico Finanziari e di controllo di gestione	Elaborazione del piano delle cessazioni/pensionamenti programmati	Aggiornamento del piano delle cessazioni entro il 30/09/2024	Area Gestione del Personale	Rispetto della tempistica		100%
Aspetti Economico Finanziari e di controllo di gestione	Contenimento della spesa del personale entro i limiti fissati dalla normativa vigente e rideterminazione del fabbisogno secondo le linee guida regionali e la programmazione sanitaria	Rispetto tetto di spesa per il T.indeterminato e il tempo determinato e rideterminazione del fabbisogno	Area Gestione del Personale	100%		100%
Aspetti Economico Finanziari e di controllo di gestione	Monitoraggio continuo sull'utilizzo delle ferie da parte del personale ASL	Monitoraggio continuo sull'utilizzo delle ferie da parte del personale dell'Area e delle altre Macrostrutture al fine del rispetto di quanto previsto dai CCNL ed eventuale nota di richiamo al responsabile di Struttura in caso di violazione	Area Gestione del Personale	Verifica 100%		100%
Aspetti Economico Finanziari e di controllo di gestione	Assegnazione del budget dello straordinario e relativo monitoraggio trimestrale sullo stato di avanzamento .	Analisi sullo stato di avanzamento e sulle cause di scostamento del budget assegnato nonché sulle soluzioni adottate ai fini del contenimento della spesa nei limiti del budget	Area Gestione del Personale	Trasmissione reportistica trimestrale al CDG e alle Strutture.		100%
Aspetti Economico Finanziari e di controllo di gestione	Monitoraggio situazione debitoria per macrostruttura e assegnazione ai centri liquidatori con richiesta di liquidazione ovvero di relazione tempestiva in merito ad eventuali criticità o discordanze	Attivazione della procedura di sollecito alle strutture che evidenziano un ritardo nell'attività di liquidazione delle fatture da effettuare entro 20 gg. dall'invio della fattura	Area Gestione Risorse Economiche e Finanziarie	100%		100%
Aspetti Economico Finanziari e di controllo di gestione	Registrazione fatture entro 10 gg lavorativi dal ricevimento	Media (Data registrazione fattura - Data ricevimento)	Area Gestione Risorse Economiche e Finanziarie	10gg		100%
Aspetti Economico Finanziari e di controllo di gestione	Adempimenti per il completamento del PAC	Certificazione del Bilancio anno 2023	Area Gestione Risorse Economiche e Finanziarie	si/no		100%
Aspetti Economico Finanziari e di controllo di gestione	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.	Area Gestione Risorse Economiche e Finanziarie	100% dei contenziosi		100%

Area Strategica	Obiettivo Operativo	Indicatore	Struttura/Strutture Assegnatarie	TARGET 2024	Non valutabile	Percentuale di raggiungimento
Aspetti Economico Finanziari e di controllo di gestione	Miglioramento dei propri tempi medi di pagamento relativi ad acquisti di beni, servizi e forniture e pubblicazione sul sito aziendale del relativo indicatore (ai sensi della L. 69/2009, art. 23, comma 5).	Indicatore di tempestività dei pagamenti: eseguire l'ordine di pagamento entro n. 15 giorni dalla data di ricezione del provvedimento.	Area Gestione Risorse Economiche e Finanziarie	entro 15 gg		100%
Aspetti Economico Finanziari e di controllo di gestione	In accordo con la SSD Gestione Beni Farmaceutici, Ausiliari Sanitari e Gestione delle Emergenze e Catastrofi, trasmissione all' Area Gestione del Patrimonio dell'elenco dei fabbisogni e dei capitoli di gara relativamente alle procedure di affidamento per contratti scaduti da avviare sulla base delle priorità individuate dalla Direzione Strategica	% documentazione inviata	Dipartimento Farmaceutico - Servizio Territoriale	100%		100%
Aspetti Economico Finanziari e di controllo di gestione	Monitoraggio continuo ed analisi trimestrale con mantenimento o riduzione dei giorni di degenza in struttura	Governo della spesa verso comunità terapeutiche esterne o interne al territorio del CSM, evidenziando per struttura accreditata, il numero di utenti, le giornate di degenza, la retta giornaliera ove definita.	Dipartimento Salute Mentale	1) N° 2 report semestrali al controllo di gestione; 2) dimissione fino al 5% dei pazienti che hanno superato i 36 mesi di ricovero presso strutture riabilitative		100%
Aspetti Economico Finanziari e di controllo di gestione	Recupero ticket (codici bianchi), ed attività correlate	Attività amministrative propedeutiche al recupero ticket per codici bianchi(sollecito di pagamento, costituzione in mora, procedura riscossione Agenzia delle Entrate) nei limiti prescritti dalla vigente normativa nazionale, regionale ed aziendale.	Direzione Amm. Presidio	% pratiche completate ≥90%		100%
Aspetti Economico Finanziari e di controllo di gestione	Procedure d'acquisto di attrezzature sanitarie di piccolo importo a supporto dell'attività sanitaria	N° procedure	Direzione amm. Presidio	alemno 8 procedure		100%
Aspetti Economico Finanziari e di controllo di gestione	Recupero crediti (rivalsa ospedaliera ed extraospedaliera)	Recupero somme per azioni di rivalsa sanitaria per conto Regione Puglia	Direzione Amm. Presidio	Relazione semestrale su attività svolta		100%
Aspetti Economico Finanziari e di controllo di gestione	Recupero crediti (mancate disdette, mancato ritiro referti) ed attività correlate	Attività amministrative propedeutiche al recupero crediti ed al relativo incasso delle somme dovute (sollecito di pagamento, costituzione in mora, procedura riscossione Agenzia delle Entrate) nei limiti prescritti dalla vigente normativa nazionale, regionale ed aziendale.	Direzione Amm. Presidio	% pratiche completate ≥90%		75%
Aspetti Economico Finanziari e di controllo di gestione	Recupero somme ticket per prestazioni specialistiche non effettuate (mancate disdette) ed esenzioni ticket per reddito non conformi alla normativa negli ultimi dieci anni	Attività amministrative propedeutiche al recupero ticket e crediti ed al relativo incasso delle somme dovute (sollecito di pagamento, costituzione in mora, procedura riscossione Agenzia delle Entrate) nei limiti prescritti dalla vigente normativa nazionale, regionale ed aziendale .	Distretti Socio Sanitari	% pratiche completate ≥90%		100%
Aspetti Economico Finanziari e di controllo di gestione	Recupero somme derivanti da mobilità internazionale	Caricamento su sistema ASPE della totalità delle fatture inerenti la mobilità sanitaria internazionale	Distretti Socio Sanitari	100%		100%

Area Strategica	Obiettivo Operativo	Indicatore	Struttura/Strutture Assegnatarie	TARGET 2024	Non valutabile	Percentuale di raggiungimento
Aspetti Economico Finanziari ed di controllo di gestione	Concorrere 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 2024 e relative schede	Controllo di Gestione	100%		100%
Aspetti Economico Finanziari e di controllo di gestione	Predisposizione modelli LA e CP	Adempimento entro i termini previsti per Legge	Controllo di Gestione	Rispetto della tempistica stabilita dalla regione		100%
Aspetti Economico Finanziari e di controllo di gestione	Rispetto del Budget assegnato annualmente sullo straordinario	Spesa sostenuta = budget assegnato.	Tutte le strutture aziendali	Consumato ≤ Budget assegnato	NON VALUTABILE	
Aspetti Economico Finanziari e di controllo di gestione	Miglioramento dei tempi di pagamento relativo ad acquisto di beni, servizi e forniture	Tempo medio intercorrente tra la registrazione della fattura e chiusura del processo di liquidazione sul MOSS	Tutte le strutture aziendali	30 gg		76,40%
Aspetti Economico Finanziari ed efficienza operativa	Verifica ai fini liquidatori delle attività svolte dalle strutture socio sanitarie territoriali (Rif. Linee guida prot. n. 0045314 29/04/2021)	Liquidazione e rendicontazione delle prestazioni erogate dalle strutture contrattualizzate e/o provvisoriamente accreditate facenti capo all'Area (vedi DGR 1006/2020 e DGR 1409/2020) entro i tempi stabiliti dalle norme sulla base delle risultanze delle attività di competenza di DSS, UVARP, Dipartimento Prevenzione;	Area Coordinamento dei Servizi Socio Sanitari	Rendicontazione semestrale al Controllo di gestione		100%
Aspetti Economico Finanziari ed efficienza operativa	Acquisto di beni e servizi alle migliori condizioni di mercato, in attuazione e secondo i criteri della normativa vigente per le ASL	Relazione mensile sullo stato di attuazione rispetto al cronoprogramma concordato con la Direzione Strategica	Area Gestione del Patrimonio	attuazione superiore ad 80%		100%
Aspetti Economico Finanziari ed efficienza operativa	Indizione gara	Indizione della procedura aperta per l'affidamento della Fornitura di materiale di consumo per fax, stampanti e fotocopiatori di tipo originale a ridotto impatto ambientale	Area Gestione del Patrimonio	Indizione entro il primo trimestre 2024		100%
Aspetti Economico Finanziari ed efficienza operativa	Regolarizzazione delle comunicazioni all'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) sui contratti Pubblici delle U.O.S. competenti	Rendicontazione annuale	Area Gestione Tecnica	100%		100%
Aspetti Economico Finanziari ed efficienza operativa	Gestione del Patrimonio Immobiliare: 1) Regolarizzazione della situazione catastale degli immobili	Definizione di un Piano per la regolarizzazione catastale	Area Gestione Tecnica	Rendicontazione annuale		100%
Aspetti Economico Finanziari ed efficienza operativa	Gestire le procedure relative alla partecipazione dei dipendenti alle iniziative formative autorizzate dall'ASL	N° procedure/ n° richieste	Formazione	100%		100%
Aspetti Economico Finanziari ed efficienza operativa	Quadratura tra Contabilità analitica e Contabilità generale	Invio del Bilancio di verifica per centro di Responsabilità in quadratura con il Bilancio dell'esercizio precedente e dei dati di struttura relativi all'organico medio per centro di costo e dati attività per il monitoraggio della spesa ed il completamento dei progetti regionali correlati	Controllo di Gestione	Rispetto della tempistica stabilita dalla regione		100%

Area Strategica	Obiettivo Operativo	Indicatore	Struttura/Strutture Assegnatarie	TARGET 2024	Non valutabile	Percentuale di raggiungimento
Aspetti Economico Finanziari ed efficienza operativa	Rispetto degli adempimenti relativi 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	Struttura Burocratico Legale	Relazione trimestrale		100%
Assistenza Farmaceutica	Omogeneizzazione delle procedure della spesa protesica mediante verifica dell'appropriatezza prescrittiva ed applicazione linee guida aziendali	Rispetto della spesa prevista nella delibera n.1492/2023 (assegnazione budget)	Distretti Socio Sanitari	Budget assegnato=consumato		100%
Assistenza Farmaceutica	Mobilità Farmaceutica	Recupero della spesa farmaceutica a favore dei pazienti stranieri domiciliati nell'Asl Foggia relativamente all'anno 2023	Dipartimento Farmaceutico - Servizio Territoriale	100%		100%
Assistenza Farmaceutica	Diminuzione della Spesa Farmaceutica convenzionata	Spesa lorda pro capite pesata farmaci di fascia A attraverso le farmacie convenzionate (OSMED) - Sistema Direzionale Edotto	Dipartimento Farmaceutico - Servizio Territoriale	≤164 euro		100%
Assistenza Farmaceutica	Incremento del controllo della ricette farmaceutiche ssn, dpc	Relazione semestrale dell'attività svolta	Dipartimento Farmaceutico - Servizio Territoriale	10% in più rispetto all'anno precedente		100%
Assistenza Farmaceutica	Attività di monitoraggio nei confronti dei medici prescrittori specialisti relativamente all'utilizzo di farmaci vincitori di gare/accordo quadro regionali ed a maggiore impatto di spesa, come da DGR 314/2022, LR 7/2022, Delibera del Commissario Straordinario ASL FG n.572/2022 e Delibera del Direttore Generale OORR n. 311 del 05/08/2022.	Report bimestrali e audit presso gli ospedali	Dipartimento Farmaceutico - Servizio Territoriale	n° 6 report e verbali audit		100%
Assistenza Farmaceutica	Attività di controllo sull'utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA	% delle richieste di rimborso / n° totale dei trattamenti chiusi effettivamente rimborsabili	Dipartimento Farmaceutico - Servizio Territoriale	95%		100%
Assistenza Farmaceutica	Incremento attività HUB farmaceutico	Copertura erogazione di farmaci e materiale sanitario ai centri di costo dell'ASL	Dipartimento Farmaceutico - Servizio Territoriale	100%		100%
Assistenza Farmaceutica	Monitoraggio appropriatezza prescrittiva -spesa farmaceutica	Organizzare audit con le SS.CC. ospedaliere volte alla comunicazione delle note regionali relative all'appropriatezza prescrittiva	Direzioni Mediche e Servizio Farmaceutico Ospedaliero	n° 1 audit verbalizzato		97,50%
Assistenza Farmaceutica	Vigilanza sull'uso appropriato degli antibiotici al fine del controllo delle resistenze batteriche	Valutazione della spesa antibiotici ad ampio spettro di azione o gravati da elevate resistenze in accordo con la farmacia	Direzioni Mediche e Servizio Farmaceutico Ospedaliero	Relazione semestrale		100%
Assistenza Farmaceutica	Incontri con i MMG e i PLS, a seguito di segnalazione della Farmacia territoriale, per scostamenti dalla spesa rispetto alla media regionale sulle molecole attenzionate dalla Regione con varie DD.GG.RR.	Incontri verbalizzati	Distretti socio-sanitari	N. 4 Incontri verbalizzati		100%
Assistenza Farmaceutica	Erogazione farmaci e materiale sanitario, ai Centri di costo dell'Asl; erogazione DPI e vaccini anti Covid 19	N° richieste/n° erogazioni	Gestione beni farmaceutici, ausili sanitari e gestione delle emergenze e catastrofi	100%		100%

Area Strategica	Obiettivo Operativo	Indicatore	Struttura/Strutture Assegnatarie	TARGET 2024	Non valutabile	Percentuale di raggiungimento
Assistenza Farmaceutica	Attivazione produzione galenica	N° preparazioni/n° richieste	Gestione beni farmaceutici, ausili sanitari e gestione delle emergenze e catastrofi	100%		100%
Assistenza Farmaceutica	Attivazione punti di distribuzione territoriali per l'erogazione domiciliare di farmaci e materiali sanitari.	Copertura delle forniture ai pazienti nel comune di residenza.	Gestione beni farmaceutici, ausili sanitari e gestione delle emergenze e catastrofi	80%		96,30%
Assistenza Farmaceutica	HUB per la distribuzione ed erogazione farmaci anti-covid sul territorio ASLFG	N° erogazione/N° prescrizioni	Gestione beni farmaceutici, ausili sanitari e gestione delle emergenze e catastrofi	100%		100%
Assistenza Farmaceutica	Unificazione procedure amministrative per acquisti diretti (Consumi Interni e Distribuzione Diretta), quali Conti Economici, Programmi di Spesa, Ordini e liquidazione fatture.	N° ordini ricevuti/n° liquidazioni	Gestione beni farmaceutici, ausili sanitari e gestione delle emergenze e catastrofi	100%		100%
Assistenza Farmaceutica	Riduzione della spesa farmaceutica	Organizzazione, in collaborazione con la Farmacia Ospedaliera, di incontri con le singole UU.OO. sull'andamento della spesa per beni sanitari	Servizio Farmaceutico Ospedaliero	Incontri trimestrali verbalizzati		100%
Assistenza Farmaceutica	Ispezioni nei reparti	Effettuare almeno 1 ispezione per reparto	Servizio Farmaceutico Ospedaliero	n. 1 ispezione per reparto		100%
Assistenza Farmaceutica	Riduzione/Mantenimento del consumo di antibiotici nei reparti	n. DDD*100/n. gg di degenza	SS.CC Ospedaliere di ricovero	≤ 50%		85,70%
Assistenza Farmaceutica	Distribuzione Diretta del primo ciclo terapeutico a seguito di dimissione ospedaliera o visita ambulatoriale	prescrizione di farmaci di fascia A presenti nel prontuario terapeutico aziendale del primo ciclo di cui alla nota della Direzione Strategica prot. n. 113478/2023	SS.CC. Cardiologia, Medicina generale, Ortopedia, Ostetricia e Ginecologia, Pediatria e Urologia	100% dei pazienti in dimissione con erogazione di primo ciclo di terapia.		56,50%
Assistenza Farmaceutica	Riduzione della spesa relativa ai dispositivi medici	Trasmissione, al servizio farmaceutico ospedaliero, dell'elenco dei dispositivi medici da utilizzarsi nell'anno al fine di porre in essere le procedure di acquisto	SS.CC. Cardiologia, Ortopedia, Ostetricia e Ginecologia e Urologia	Trasmissione entro il 28/02/2024		100%
Assistenza Farmaceutica	Riduzione della spesa farmaceutica	Adesione all'impiego dei farmaci vincitori di gara/accordo quadro regionale nei pazienti di nuova diagnosi e rivalutazione dei trattamenti in corso.	Tutte le strutture ospedaliere, Servizio Farmaceutico Ospedaliero	Pazienti Naive 95% Trattamenti in corso 60%		100%
Assistenza Sanitaria Territoriale	Potenziamento assistenza	% Numero assistiti presso DSM nell'anno della rilevazione	Dipartimento Salute Mentale	≥ 10,82		100%
Assistenza Sanitaria Territoriale	Riduzione del numero dei ricoveri ripetuti (revolving door) rispetto all'anno precedente.	N° ricoveri "revolving door"/ numero ricoveri	Dipartimento Salute Mentale	Riduzione rispetto all'anno precedente		95%
Assistenza Sanitaria Territoriale	Implementazione dell'attività di presa in carico della gravidanza fisiologica nell'ambito del Percorso nascita	% di donne prese in carico con modello percorso nascita	Distretti socio-sanitari	50%		93,75%
Assistenza Sanitaria Territoriale	Progetto specifico per la dipendenza patologica da gioco d'azzardo	Prosecuzione delle azioni del progetto in collegamento con la cabina di regia regionale	Dipartimento delle Dipendenze Patologiche	Utilizzo somme stanziati ≥80%		100%

Area Strategica	Obiettivo Operativo	Indicatore	Struttura/Strutture Assegnatarie	TARGET 2024	Non valutabile	Percentuale di raggiungimento
Assistenza Sanitaria Territoriale	Collaborazione tra Dipartimento delle Dipendenze Patologiche, Dipartimento Salute Mentale, SPDC, Coordinamento emergenza -urgenza, Medicina e chirurgia d'urgenza	Approvazione ed attuazione di un protocollo unico	Dipartimento delle Dipendenze Patologiche, Dipartimento Salute Mentale, SPDC, Coordinamento emergenza-urgenza, Medicina e chirurgia d'urgenza	Applicazione protocollo al 90% dei casi		100%
Assistenza Sanitaria Territoriale	Garantire un numero di prestazioni ambulatoriali nei diversi Centri di Riabilitazione dell'intero territorio Aziendale coerente con il personale in servizio e con gli standard lavorativi.	n° ore lavorate =n° prestazioni erogate (modello RIA 11 NSIS)	Dipartimento di Riabilitazione	n° ore lavorate =n° prestazioni		100%
Assistenza Sanitaria Territoriale	Valutazione inizio/prosecuzione trattamenti riabilitativi proposti da MMG e specialisti	N° valutazioni/n° richieste entro 10 gg	Dipartimento di Riabilitazione	100%		100%
Assistenza Sanitaria Territoriale	Applicazione della DGR n. 02/2023 in riferimento all'acquisto di prestazioni da Presidi di Riabilitazione extra regionale	Riduzione della spesa extra regionale di Riabilitazione relativamente a soggetti residenti almeno nella misura prevista nel Bilancio preventivo 2024	Dipartimento di Riabilitazione	Spesa 2024= Budget 2024		100%
Assistenza Sanitaria Territoriale	Attivazione servizio di attività riabilitativa per soggetti adulti presso il servizio di riabilitazione sede Foggia	N° prestazioni	Dipartimento di Riabilitazione	N° 2000 prestazioni		100%
Assistenza Sanitaria Territoriale	Potenziamento Erogazione Assistenza Domiciliare Integrata	Anziani assistiti in ADI (%)	Distretti socio-sanitari	10%/o soddisfacimento di tutte le richieste pervenute		100%
Assistenza Sanitaria Territoriale	Validazione, amministrativa e sanitaria, delle prestazioni erogate dalle strutture socio-sanitarie ricadenti nel proprio ambito territoriale	Trasmissione puntuale all'Area Coordinamento socio-sanitario delle notulazioni analitiche mensili prodotte dalle strutture corredate del visto di regolarità	Distretti socio-sanitari	Relazioni mensili		100%
Assistenza Sanitaria Territoriale	Attuazione del nuovo protocollo per la dimissione/amissione protetta ospedaliera condivisa con le due Aziende Ospedaliere (Policlinico di Foggia e IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza) propedeutico al funzionamento delle C.O.T. prevista dal D.M. 77/2022 e successiva DGR 1868/2022	Relazione con indicazione del numero di dimissioni protette	Distretti socio-sanitari/Strutture di ricovero	si/no	NON VALUTABILE	
Assistenza Sanitaria Territoriale	Potenziamento della rete per la presa in carico dei minori affetti da Disturbo di Spettro (ex R.R. 9/16)	1) Mantenimento del numero di pazienti affetti da DSA in trattamento riabilitativo rispetto al 2023 2) Mantenimento delle prestazioni erogate tramite il CAT	Neuropsichiatria infantile	Relazione semestrale		90%
Assistenza Sanitaria Territoriale	Potenziamento dell'assistenza neuropsichiatrica infantile ambulatoriale e domiciliare anche attraverso l'utilizzo dei finanziamenti finalizzati ex DGR 1721/2012	Mantenimento dei livelli assistenziali	Neuropsichiatria infantile	Prestazioni 2024=2023		100%
Assistenza Sanitaria Territoriale	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 Fg	Formulazione Protocollo	SSD Psichiatria Penitenziaria ed autori di reato	si/no		100%

Area Strategica	Obiettivo Operativo	Indicatore	Struttura/Strutture Assegnatarie	TARGET 2024	Non valutabile	Percentuale di raggiungimento
Assistenza Sanitaria Territoriale	Predisposizione ed attuazione dei un protocollo, in collaborazione con i CSM, SPDC e, 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	SSD Psichiatria Penitenziaria ed autori di reato	si/no		100%
Assistenza Sanitaria Territoriale	Protocollo d'intesa con il Dipartimento di Dipendenze Patologiche per definizione criteri e modalità d'invio in comunità terapeutica ovvero struttura riabilitativa psichiatrica per utenza carcere in doppia diagnosi, anche ai fini della retta secondo le norme regionali vigenti	Formulazione Protocollo	SSD Psichiatria Penitenziaria ed autori di reato	si/no		100%
Assistenza Sanitaria Territoriale	Monitoraggio con l'ausilio di scale standardizzate dei pazienti a rischio suicidio presso le Case circondariali della provincia di Foggia	n° pazienti monitorati/n° totale pazienti	SSD Psichiatria Penitenziaria ed autori di reato	80%		100%
Assistenza Sanitaria Territoriale	Presenza in carico dei pazienti autori di reati anche precedentemente inseriti in Rems e condivisione dei progetti con il CSM , al fine di reintegrare i pazienti nel territorio al termine delle misure di sicurezza	1) n° pazienti presi in carico/ n° pazienti inseriti in REMS; 2)Elaborazione ed attuazione dei PTRI (Progetti Terapeutico-Riabilitativi Individualizzati)	SSD Psichiatria Penitenziaria ed autori di reato	100%		100%
Efficienza Operativa	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 in relazione al Fondo di remunerazione regionale per l'acquisto di prestazioni da RSA e Centri Diurni per soggetti non autosufficienti e disabili	Rispetto standard regionali per le strutture accreditate o in corso di accreditamento	Area Coordinamento dei Servizi Socio Sanitari	100%		100%
Efficienza Operativa	Integrazione dei servizi sanitari con i servizi sociali e socio- assistenziali degli Enti pubblici e/o privati, Onlus, organizzazioni di volontariato, cooperative sociali ed associazioni di promozione sociale operanti sul territorio	Perseguire, sul piano istituzionale, gestionale e professionale, l'integrazione dei servizi sanitari con i servizi sociali e socio- assistenziali degli Enti pubblici e/o privati, Onlus, organizzazioni di volontariato, cooperative sociali ed associazioni di promozione sociale operanti sul territorio, ovvero gestiti direttamente dalla ASL FG su delega degli Enti Locali	Area Coordinamento dei Servizi Socio Sanitari	100%-Trasmissione documentazione semestrale al Controllo di gestione		100%
Efficienza Operativa	Implementare il sistema di monitoraggio delle attività dei DSS per le singole tipologie di prestazione (residenziale e semiresidenziale anziani e disabili)	Monitoraggio sulle attività	Area Coordinamento dei Servizi Socio Sanitari	100%		100%
Efficienza Operativa	Accordi contrattuali con gli erogatori privati accreditati	Predisposizione accordi contrattuali con gli erogatori privati accreditati nel rispetto delle disposizioni regionali e utilizzando lo schema- tipo di contratto regionale	Area coordinamento dei Servizi Socio Sanitario- Dipartimento di salute mentale- Dipartimento dipendenze patologiche- Dipartimento di riabilitazione	100%		100%

Area Strategica	Obiettivo Operativo	Indicatore	Struttura/Strutture Assegnatarie	TARGET 2024	Non valutabile	Percentuale di raggiungimento
Efficienza operativa	Gestire i rapporti con Università, Istituti scolastici, Regione per l'espletamento dei tirocini attraverso la stipula di convenzioni e disciplinari attuativi	n° richieste convenzioni/ n° convenzioni stipulate	Formazione	100%		100%
Efficienza operativa	Far pervenire al termine di ogni attività formativa finanziata, una relazione completa sui lavori svolti ed una dettagliata rendicontazione delle spese sostenute all'ARESS	Inventario delle attività formative finanziate e rendicontazione delle spese sostenute	Formazione	SI/No		100%
Efficienza Operativa	Miglioramento del sistema di conservazione documentale	Mappatura degli archivi aziendali esistenti e verifica degli stessi finalizzata al miglioramento del sistema di conservazione documentale nelle more della apposita gara	Programmazione Aziendale	Report annuali		100%
Efficienza Operativa	Miglioramento del sistema di protocollazione aziendale	Miglioramento del sistema di protocollazione aziendale e supporto al personale addetto al Protocollo di tutta la Azienda sulla corretta compilazione dei campi del programma informatico utile ad una agevole ricerca di archivio della corrispondenza	Programmazione Aziendale	Relazione (Si/No)		100%
Efficienza Operativa	Attivazione Dialisi di Rodi, Manfredonia e Vieste e attivazione del nuovo laboratorio analisi di Cerignola	Attivazione	Sistemi Informativi Aziendali	si/no		100%
Efficienza Operativa	Adesione alla Convenzione Consip CT8	Relazione	Sistemi Informativi Aziendali	(Si/No)		100%
Efficienza Operativa	Contenzioso in tema di responsabilità civile: partecipazione CTU, ATP e relazioni Medico Legali	N° di richieste evase/N° di CTP richieste	SSD Medicina Legale	100%		100%
Efficienza Operativa	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	SSD Medicina Legale	100%		100%
Efficienza Operativa	Adozione ed Attuazione regolamento COVASI	Adozione regolamento	SSD Medicina Legale, Struttura Burocratico legale, Rischio Clinico	SI/NO		100%
Efficienza Operativa	Implementazione strumenti di sorveglianza epidemiologica (Registro Tumori).	Implementazione data base RT Provincia di Foggia e RTP.	Statistica ed Epidemiologia	Analisi dati disponibili		100%
Efficienza Operativa	Analisi demografica e dello stato di salute della popolazione dell'ASL Foggia.	Aggiornamento annuale.	Statistica ed Epidemiologia	Analisi dati disponibili		100%
Efficienza Operativa	Analisi epidemiologica delle cause di ospedalizzazione nella popolazione dell'ASL FG	Aggiornamento annuale.	Statistica ed Epidemiologia	Analisi dati disponibili		100%
Efficienza Operativa	Analisi di attività delle Strutture di ricovero dei P.O. dell'ASL Foggia, dell'IRCSS Casa Sollievo della Sofferenza e delle Case di Cura private accreditate.	Predisposizione report semestrale da inviare al Controllo di Gestione	Statistica ed Epidemiologia	Report semestrale		100%

Area Strategica	Obiettivo Operativo	Indicatore	Struttura/Strutture Assegnatarie	TARGET 2024	Non valutabile	Percentuale di raggiungimento
Efficienza Operativa	Implementazione dei data base aziendali, regionali, nazionali	Organizzazione operativa con le Direzioni dei Distretti, con le Direzioni Mediche dei P.O., con le Direzioni dei Dipartimenti e delle Aree Aziendali al fine di ottimizzare la raccolta dei dati necessari all'implementazione dei data base aziendali, regionali, nazionali	Statistica ed Epidemiologia	Relazione attività svolte		100%
Efficienza Operativa	Trasmissione alla S.S. Rischio Clinico dei sinistri relativi al rischio sanitario con precisa indicazione aperti/liquidati e risarcimenti erogati	Report Trimestrali	Struttura Burocratico Legale	n° 4 report		100%
Efficienza Operativa	Deflazionamento del contenzioso	Uniformità di difese, ove possibile, per contenziosi aventi lo stesso titolo del giudizio anche attraverso accordi transattivi coinvolgendo i centri liquidatori	Struttura Burocratico Legale	Relazione con indicazione n° cause transatte e n° di cause con uniformità di difesa		100%
Efficienza Operativa	Rimborso parrucche di cui alla domanda di ammissione al contributo per il rimborso della spesa per l'acquisto di parrucca (L.R. n. 8/2017)	N° domande pervenute su N° rimborsi effettuati	Ufficio Relazioni con il Pubblico	100%		100%
Efficienza Operativa	Realizzazione progetto regionale "Hospitality" per la parte di competenza e con ideazione grafica	Relazione	Ufficio Relazioni con il Pubblico	100%		100%
Efficienza Operativa	Aggiornamento Carta dei servizi in attuazione delle Linee guida regionali in materia: a) N° campagne realizzate per il vasto pubblico b) N° di campagne realizzate per un pubblico target	Predisposizione di adeguati strumenti di comunicazione interna e/o esterna sull'organizzazione dei Servizi Aziendali, sulle prestazioni offerte e sulle modalità di accesso, promuove campagne di informazione sulle prestazioni ed attività aziendali, sulle iniziative e sui progetti di intervento, aggiorna, digitalizza e divulga le Carte dei servizi, le Guide all'uso dei servizi e relativa digitalizzazione.	Ufficio Relazioni con il Pubblico	100%		100%
Efficienza Operativa	Redazione del Piano di Comunicazione istituzionale e sua diffusione interna	Aggiornamento annuale	Ufficio Relazioni con il Pubblico	100%		100%
Efficienza Operativa	Nuovo sistema informativo	Partecipazione alle attività di implementazione ed avviamento del nuovo sistema informativo e suo utilizzo	Dipartimento di Prevenzione	Relazione		100%
Efficienza Operativa	Informatizzazione del fascicolo personale dei dipendenti	Istituzione del fascicolo personale informatizzato completo per il personale assunto dall'01/01/2021	Area Gestione del Personale	100%		90%
Efficienza Operativa	Copertura del flusso NSIS sui contratti dei dispositivi medici	% copertura repertorio DM	Gestione beni farmaceutici, ausili sanitari e gestione delle emergenze e catastrofi	70%		100%
Efficienza Operativa	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.).	esiti trasmessi/richieste esami	Laboratori Analisi	≥ 90%		100%

Area Strategica	Obiettivo Operativo	Indicatore	Struttura/Strutture Assegnatarie	TARGET 2024	Non valutabile	Percentuale di raggiungimento
Efficienza Operativa	Implementazione delle tac	Incremento prestazione rispetto al 2023 in rapporto al n° di radiologi	Radiologie	10%		100%
Efficienza Operativa	Implementazione delle rmn	Incremento prestazione rispetto al 2023 in rapporto al n° di radiologi	Radiologie	10%		66,70%
Efficienza Organizzativa	Stesura del contratto integrativo aziendale della Dirigenza Funzioni Locali	Trasmissione alle OO.SS per la discussione in delegazione trattante entro il 30/06	Area Gestione del Personale	Rispetto della tempistica		100%
Efficienza Organizzativa	Monitoraggio utilizzo ferie da parte del personale della struttura in conformità a quanto previsto dai CCNL e regolamenti aziendali.	Predisposizione piano ferie nel rispetto dei vincoli contrattuali	Tutte le strutture aziendali	Trasmissione report semestrale all' Area del Personale e al Controllo di Gestione		96,30%
Efficienza Organizzativa	Performance D.Lg.vo 150/2009	Predisposizione del Sistema di misurazione e valutazione delle performance (SVMP)	Area Gestione del Personale	si/no		100%
Efficienza Organizzativa	Performance D.Lg.vo 150/2009	Predisposizione Relazione sulla performance nel rispetto del D.Leg.vo 150/2009	Controllo di Gestione	entro il 30/06		87%
Efficienza Organizzativa	Performance D.Lg.vo 150/2009	Valutazione del grado di raggiungimento della Performance Organizzativa e trasmissione atti all'Organismo Indipendente di Valutazione	Controllo di Gestione	100%		100%
Efficienza Organizzativa	Aumento delle cause affidate a legali interni e riduzione delle cause affidate al legali esterni	Numero cause affidate all'esterno / Numero cause totali	Struttura Burocratico Legale	2024<2023		60%
Efficienza Organizzativa	Predisposizione e alimentazione di un database al fine di monitorare l'attività formativa di ciascun dipendente a tempo indeterminato, indicando l'elenco dei corsi effettuati/autorizzati (interni ed esterni)	N° Dipendenti inseriti con l'indicazione dei corsi/n° dipendenti a t.i	Formazione	30% Trasmissione file alla Direzione Strategica e al Controllo di gestione		100%
Formazione	Formazione BLSD in accordo con la struttura Formazione	Organizzazione di corsi di formazione per il personale ASL FG	Coordinamento Emergenza-Urgenza	≥ 5 corsi		100%
Formazione	Fabbisogno formativo	Rilevazione bisogni formativi e predisposizione piano formativo medici di medicina generale e pediatri di libera scelta ex DGR 565/04 e DGR 566/04	Formazione	predisposizione atto entro il 30 settembre di ogni anno per l'anno successivo		100%
Formazione	Fabbisogno formativo	Rilevazione per Macrostruttura dei fabbisogni formativi e predisposizione dell'analisi annuale dei bisogni formativi dell'Azienda (PAF annuale)	Formazione	predisposizione atto entro il 30 ottobre di ogni anno per l'anno successivo		0%
Formazione	Predisposizione del programma formativo aziendale secondo la programmazione del PNRR	Relazione	Formazione	Relazione		100%
Formazione	Formazione personale Sanitario	Verbali sottoscritti dai partecipanti	SSD Medicina Legale	n.4 corsi di formazione		100%
Formazione	Incremento formazione	Predisposizione ed attivazione frontale e/oa distanza in materia della corruzione, prevenzione e trasparenza per il personale dipendente sulla base delle indicazioni del RPCT	Formazione	N. 1 corso		100%
Formazione	Gestione amministrativa dei corsi di formazione specifica di Medicina Generale ex DGR 1641/18 e s.m.i.	Attivazione corsi	Formazione	Relazione		100%

Area Strategica	Obiettivo Operativo	Indicatore	Struttura/Strutture Assegnatarie	TARGET 2024	Non valutabile	Percentuale di raggiungimento
Formazione	Soddisfacimento delle richieste tirocini OSS in Azienda	100% degli aventi diritto e nei limiti imposti dalla normativa	Formazione	100%		100%
Investimenti Strutturali	Rispetto degli obblighi previsti nel Disciplinare attuativo fondi strutturali (FESR)	% spesa rendicontata , nelle scadenze prefissate/ totale previsioni di spesa	Area GestioneTecnica	100%		100%
Investimenti Strutturali	Sezione Risorse Strumentali e Tecnologie Sanitarie	Rispetto degli obblighi previsti nel Disciplinare attuativo fondi strutturali (FSC/POC)	Area GestioneTecnica	100%		100%
Investimenti Strutturali	Rispetto delle milestone previste per il PNRR	N° milestone rispettati / n° totale milestone	Area Gestione Tecnica- Sistemi Informativi Aziendali	100%		100%
Legalità e Trasparenza	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	SS Rischio Clinico	Relazione		100%
Legalità e Trasparenza	Iniziativa in tema di contrasto alla corruzione e illegalità in osservanza degli obblighi previsti nella sezione 2.3 del PIAO 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	n°nuovi invii/n° pareri tecnici sottoscritti	Dipartimento Dipendenze Patologiche	100%		100%
Legalità e Trasparenza	Implementazione del "Sistema Privacy e Data Protection" dell'ASL FG coerentemente con la nuova normativa in materia; Predisposizione di un Piano Formativo aziendale sui temi Privacy	Programmazione dell'attività di verifica sull'attuazione della regolamentazione interna di adeguamento alla nuova normativa sul trattamento dei dati personali, attraverso attività di audit; Attuazione delle giornate di formazione, destinate al personale aziendale, per l'affermazione della cultura Privacy,	Programmazione Aziendale	Relazione semestrale		100%
Legalità e Trasparenza	Monitoraggio periodico di primo livello delle misure anticorruptive aziendali	Partecipazione attiva alla rendicontazione semestrale delle misure anticorruptive applicate tramite piattaforma web centralizzata	Tutte le strutture aziendali	2 monitoraggi/anno (entro il 15 luglio e il 15 gennaio)		100%
Legalità e Trasparenza	Incremento formazione in materia di prevenzione della corruzione	Partecipazione ad eventi formativi aziendali in materia di prevenzione della corruzione, etica, legalità e Codice di Comportamento	Tutte le strutture aziendali	n.1 corso/anno		100%
Legalità e Trasparenza	Ai fini dell'applicazione del Piano Triennale per la Trasparenza e l'Integrità (ai sensi dell'art. 41 "Trasparenza del Servizio Sanitario Nazionale" del D.lgs n. 33/2013), provvedere alla pubblicazione: a. delle prestazioni professionali svolte in regime intramurario b. in una apposita sezione denominata "Liste di attesa", i tempi di attesa previsti e i tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata.	Pubblicazione dei report a seguito di trasmissione al responsabile RULA	Ufficio Relazioni con il Pubblico	100%		100%
Legalità e Trasparenza	Richiesta dei dati alle strutture per aggiornamento del Portale aziendale	Relazione finale con indicazione del n° di aggiornamenti effettuati per macrostruttura	Ufficio Relazioni con il Pubblico	Invio richiesta quadrimestrale		90%

Area Strategica	Obiettivo Operativo	Indicatore	Struttura/Strutture Assegnatarie	TARGET 2024	Non valutabile	Percentuale di raggiungimento
Legalità e Trasparenza	Supporto operativo alle Macrostrutture per le pubblicazioni nella sezione Amministrazione Trasparente del sito aziendale	Pubblicazione entro 48h dalla richiesta	Ufficio Relazioni con il Pubblico	100%		100%
Prevenzione	Rispetto piano recupero liste di attesa e adempimenti PNGLA	Rispetto tempi di attesa come da piano PNGLA e disposizioni regionali	SS.CC Radiologia, Senologia Territoriale, Radiodiagnostica Territoriale III livello, Ospedaliere e DSS	si/no		70%
Prevenzione	Riduzione dei tempi di lettura degli screening di I° livello	Lettura entro 15 gg. (dato nazionale 28 gg)	SS.CC Radiologia, Senologia Territoriale, Radiodiagnostica Territoriale III livello	<= 15 gg.		100%
Prevenzione	Riduzione esami di II livello tesi al raggiungimento degli standard nazionali	% Esami di II livello	SS.CC Radiologia, Senologia Territoriale, Radiodiagnostica Territoriale III livello	≤ 10% per esami eseguiti		93,30%
Prevenzione	Prevenzioni degli incidenti sul lavoro e delle patologie alcool-correlate.	Predisposizione di FAD asincrona accreditata ECM per tutti gli operatori dell'ASL FG	Dipartimento delle Dipendenze Patologiche	si/no		100%
Prevenzione	Promozione della Salute nelle Scuole	Presentare dettagliata relazione sulle attività svolte in seno al GIA (SI / NO)	Direzione del Dipartimento di Prevenzione	Relazione		100%
Prevenzione	Incremento delle colonscopie per lo screening colon retto	n° colonscopie anno 2024/ n° colonscopie anno 2023	Endoscopia Digestiva, Gastroenterologia	>30% dell'anno precedente		100%
Prevenzione	Stilare un bilancio aggiornato sui livelli di igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche, sulle eventuali azioni da intraprendere ed intraprese.	Relazionare	Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche (SIAV area C)	Relazione semestrale		100%
Prevenzione	Controllo e vigilanza sulla distribuzione ed impiego del farmaco veterinario: controllo e registrazione ricette.	N° ricette registrate e controllate/ N° ricette pervenute	Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche (SIAV area C)	100%		100%
Prevenzione	CONTROLLI UFFICIALI, ex Reg. CE 882/2004/CE, previsti dal PRIC Regione Puglia 2017-2018 e dal vigente Piano Locale dei Controlli ASL FG	N° impianti da controllare / numero totale di impianti soggetti a controllo	Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche (SIAV area C)	100%		100%
Prevenzione	Esecuzione dei test Biochimici per lo Screening delle Cromosomopatie nel 1° trimestre di gravidanza	N° esami	Laboratori Analisi P.O. Manfredonia	≥240 test annui		100%
Prevenzione	Potenziamento dello screening colon-retto	Lettura dei test pervenuti =100% e comunicazione dei test positivi al Centro screening entro 21 gg dalla riconsegna del FOBT da parte dell'utente	Laboratori Analisi P.O. San Severo	100% (Lettura Test pervenuti) entro 21gg. (comunicazione)		100%
Prevenzione	Potenziamento Screening Oncologico della Cervice Uterina- Esami di II livello	N° gg di consegna risultati	Ostetricia e Ginecologia P.O. Cerignola	entro 14 gg		100%
Prevenzione	Potenziamento Screening Oncologico della Cervice Uterina	100% lettura dei campioni biologici pervenuti	Ostetricia e Ginecologia P.O. Cerignola	Lettura entro 21 giorni e consegna referto entro 30 gg		100%
Prevenzione	Attuazione Ordinanza Ministero della Salute ORDINANZA 13 maggio 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.146 del 24-06-2019)	N° Allevamenti controllati / N° totale allevamenti da controllare	Sanità Animale (SIAV area A)	100%		100%

Area Strategica	Obiettivo Operativo	Indicatore	Struttura/Strutture Assegnatarie	TARGET 2024	Non valutabile	Percentuale di raggiungimento
Prevenzione	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	Relazionare circa la situazione al 31/12	Sanità Animale (SIAV area A)	Relazione		100%
Prevenzione	Adeguamento al "Piano Regionale dei Controlli Ufficiali in Materia di Sicurezza alimentare. Alimentazione dell'anagrafe del bestiame (BDN) compreso di allevamenti di acquacoltura e georeferenziazione delle aziende inserite in BDN	Livello di copertura di base delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino	Sanità Animale (SIAV area A)	100%		100%
Prevenzione	Lotta al randagismo e controllo della popolazione canina e felina; aggiornando puntualmente l'anagrafe canina e felina a. Denunce per aggressioni da cani randagi .	Cani randagi catturati identificati / cani randagi catturati ed iscritti all'Anagrafe canina Regionale	Sanità Animale (SIAV area A)	100%		100%
Prevenzione	Progetto " Zero cani in canile"	n° cani non ricoverati in canili sanitari e/o rifugi/N° cani randagi recuperati	Sanità Animale (SIAV area A)	≥10%		100%
Prevenzione	Miglioramento dell'attività di inserimento dati in SIMAN - sistema informativo malattie animali nazionale (vetinfo)	Gestire in maniera omogenea le informazioni sui casi di focolai di malattie infettive, le conseguenti indagini epidemiologiche	Sanità Animale (SIAV area A)	Report annuale		100%
Prevenzione	Monitoraggio degli indicatori sentinella	Report indicatori sentinella di cui al PRP 2014-18 riferito all'anno 2023	Servizi di Prevenzione e Sicurezza ambienti di Lavoro (SPESAL)	Relazione semestrale SI/NO		100%
Prevenzione	Rilevazione nell'applicazione e nell'erogazione dei LEA secondo lo schema regionale e rendicontazione trimestrale dei dati di attività all'Unità di Controllo di Gestione entro il mese successivo alla chiusura del trimestre	Rendicontare sulle attività elencate e sugli esiti	Servizi di Prevenzione e Sicurezza ambienti di Lavoro (SPESAL)	Relazione con report semestrale		100%
Prevenzione	Garantire il supporto tecnico-scientifico all'attività di sorveglianza delle attività a livello provinciale, coordinare le attività previste per gli altri Servizi del Dipartimento, diffondere nello specifico pratiche che promuovono l'utilizzo di dispositivi di sicurezza per adulti e di pratiche che promuovono il benessere organizzativo; gestire l'archivio delle aziende che attuano almeno un'azione di buona pratica e nel tempo sviluppare una rete a livello provinciale di aziende che promuovono salute.	Relazione con indicazione di Aziende aderenti; incontri con management aziendali	Servizi di Prevenzione e Sicurezza ambienti di Lavoro (SPESAL)	Relazione semestrale		100%
Prevenzione	Adozione Piano Regionale della Prevenzione	Adozione Piano aziendale attuativo del PRP	Servizio di Igiene degli Alimenti (SIAN)	Relazione si/no		100%
Prevenzione	CONTROLLI UFFICIALI, ex Reg. CE 882/2004/CE, previsti dal PRIC Regione Puglia e dal vigente Piano Locale dei Controlli ASL FG	a) Esiti del Controllo Ufficiale su base annua; b) rappresentazione sintetica dei Controlli Ufficiali con evidenza degli esiti rispetto alla programmazione Regionale (PRIC) e di ASL FG (PLC)	Servizio di Igiene degli Alimenti (SIAN)	Relazione semestrale		100%
Prevenzione	Ridurre il rischio di malattie trasmesse dagli alimenti. Incrementare la vigilanza sugli operatori del settore alimentare (OSA)	N° di OSA controllati (raggiungere gli obiettivi del PRIC e del PLC)	Servizio di Igiene degli Alimenti (SIAN)	100%		100%

Area Strategica	Obiettivo Operativo	Indicatore	Struttura/Strutture Assegnatarie	TARGET 2024	Non valutabile	Percentuale di raggiungimento
Prevenzione	Predisposizione menù e tabelle dietetiche per Enti Pubblici e Privati con evasione di tutte le richieste. Attività formativa rivolta agli addetti alla Ristorazione Collettiva.	Predisporre un report annuale sull'attività svolta ed effettuare almeno n. 1 corso nell'anno	Servizio di Igiene degli Alimenti (SIAN)	1) Report annuale su attività svolta. 2) Almeno n° 1 corso/anno		100%
Prevenzione	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	Servizio di Igiene degli Alimenti (SIAN)	100%		100%
Prevenzione	Adeguamento al "Piano Regionale Integrato dei Controlli Ufficiali ": Controlli sugli Additivi alimentari tal quali e nei prodotti alimentari.	Effettuazione delle Verifiche, ispezioni o Audit e Campionamenti così come previsto per il SIAN ASL FG	Servizio di Igiene degli Alimenti (SIAN)	100%		100%
Prevenzione	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.	Servizio di Igiene degli Alimenti (SIAN)	Relazione semestrale		100%
Prevenzione	Promozione dei corretti stili di vita: svolgere programmi di intervento previsti dalla programmazione regionale. Realizzazione di interventi di prevenzione nutrizionale in ambito scolastico (Med-Food Anticancer Program per gli alunni delle Scuole Superiori)	Realizzazione di almeno n. 2 interventi. Analisi dei risultati	Servizio di Igiene degli Alimenti (SIAN)	Relazione semestrale		100%
Prevenzione	Potenziamento copertura Vaccinale - Vaccinazione Antinfluenzale per anziani.	n. di vaccinazioni antinfluenzali stagionali effettuate nei soggetti di età pari o superiore ai 65 anni/popolazione ultrasessantacinquenne residente	Servizio di Igiene e Sanità Pubblica (SISP)	75%		100%
Prevenzione	Potenziamento copertura Vaccinale - Vaccinazione MRP	Numero di soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati con 1 dose di vaccino MPR/numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita (ind. LEAe NSG)	Servizio di Igiene e Sanità Pubblica (SISP)	90%		100%
Prevenzione	Potenziamento copertura Vaccinale - Vaccinazione Papilloma Virus (HPV)	Numero di bambine nel corso del dodicesimo anno di vita vaccinate con cicli completi/ numero di bambine della rispettiva coorte di nascita (NSG)	Servizio di Igiene e Sanità Pubblica (SISP)	95%		100%
Prevenzione	Potenziamento copertura Vaccinale - Vaccinazione Antimeningococcica	Numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con cicli completi (1 dose nel secondo anno di vita; ovvero tre dosi nel corso del primo anno di vita se a rischio) per anti-meningococcica / numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita (ossia nati 2 anni prima) (ind. NSG)	Servizio di Igiene e Sanità Pubblica (SISP)	95%		100%
Prevenzione	Potenziamento copertura Vaccinale - Vaccinazione Antipneumococcica	Numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con ciclo completo, per età, per antipneumococcica/ numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita (ossia nati 2 anni prima)	Servizio di Igiene e Sanità Pubblica (SISP)	95%		100%

Area Strategica	Obiettivo Operativo	Indicatore	Struttura/Strutture Assegnatarie	TARGET 2024	Non valutabile	Percentuale di raggiungimento
Prevenzione	Potenziamento copertura Vaccinale - Vaccinazione Esavalente	Numwro di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con cicli completi (3 dosi) per poliomielite, difterite, tetano, epatite viraleB, pertosse, Hib/numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita	Servizio di Igiene e Sanità Pubblica (SISP)	95%		100%
Prevenzione	Screening oncologici (mammografico, cervice uterina, colon-retto)	Attività di coordinamento Centro Screening:estensione-invio inviti Screening mammografico ca.mammella-estensione Screening citologico ca. utero-estensione Screening ca. colon retto-estensione	Servizio di Igiene e Sanità Pubblica (SISP)	mammografico 100% citologico 100% colon-retto 100% Relazione semestrale corredata da report		100%
Prevenzione	Completamento dell'istruttoria per l'autorizzazione delle strutture sanitarie e socio-sanitarie di cui all'art. 5 della L.R. n° 9/2017 e s.m. e int. Regolamento regionale n. 3/2005 e 3/2010. Continuare ad utilizzare il registro che evidenzi tale adempimento.	N° richieste evase / N° richieste pervenute	Servizio di Igiene e Sanità Pubblica (SISP)	100%		100%
Prevenzione	Completamento dell'istruttoria per quanto previsto dalla 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 evidenzi tale adempimento.	N° richieste evase / N° richieste pervenute	Servizio di Igiene e Sanità Pubblica (SISP)	100%		100%
Prevenzione	Vigilare sulle strutture sanitarie e socio assistenziali in modo da contribuire a contrastare il fenomeno dell'abusivismo professionale sanitario. Eseguire sopralluoghi e controlli sui locali delle strutture accreditate per verificare il possesso dei requisiti L.R. n. 9/017 e s.m.e int. Regolamento regionale n. 3/2005 e 3/2010 .	1)Strutture accreditate controllate / numero di strutture accreditate da controllare ≥25%. 2)Fornire elenco delle strutture da controllare e dei controlli eseguiti e la statistica degli esiti.	Servizio di Igiene e Sanità Pubblica (SISP)	Relazione semestrale corredata da report		100%
Prevenzione	Sorvegliare gli eventi avversi al vaccino anti meningococco B	Arruolare annualmente N° 100 bambini per l'intera ASL entro il 31/05/2024 (scadenza AIFA), da sottoporre a vaccinazione. Di almeno 50 bambini (50% dei soggetti arruolati) dovrà pervenire diario clinico di sorveglianza settimanale. N° 50 diari clinici di sorveglianza acquisiti su 100.	Servizio di Igiene e Sanità Pubblica (SISP)	N° 50 diari clinici di sorveglianza acquisiti su100.		100%
Prevenzione	Controllo dell'intera filiera, dell'utilizzo e dello smaltimento delle reti nelle attività di Molluschicoltura	n°controllo effettuati/n° da effettuare	SI AV area B e C	100%		100%
Prevenzione	Controllo dell'uso degli antibiotici negli allevamenti e verifica negli alimenti di origine animale	n°controllo effettuati/n° da effettuare	SI AV area B e C	100%		100%
Prevenzione	Attuazione completa e conforme alle procedure, dei Piani dei Campionamenti Microbiologici, Chimici e Fisici Regionali, con la ricerca dei criteri di sicurezza alimentare, degli indicatori di igiene e dei contaminanti.	Piano di intervento e rendicontazione delle attività svolte così come previste ed inoltrate alle Regione Puglia	Sicurezza Alimentare sui prodotti di origine animale (SI AV area B)	Relazione semestrale		100%

Area Strategica	Obiettivo Operativo	Indicatore	Struttura/Strutture Assegnatarie	TARGET 2024	Non valutabile	Percentuale di raggiungimento
Prevenzione	Fornire un elenco degli esercizi alimentari, ristoranti ed altre attività oggetto di intervento suddiviso per comune e settore di attività. Indicare la data di ultima verifica	Relazione semestrale	Sicurezza Alimentare sui prodotti di origine animale (SIAV area B)	n°2 report		100%
Prevenzione	Adeguamento delle modalità di programmazione, pianificazione, esecuzione, registrazione e rendicontazione delle attività dei controlli ufficiali, nella maniera più aderente possibile alle disposizioni, procedure e criteri operativi, del nuovo Piano Regionale dei Controlli (PRC)	Relazionare	Sicurezza Alimentare sui prodotti di origine animale (SIAV area B)	Relazione annuale		100%
Prevenzione	Potenziamento screening oncologici	Campagna di comunicazione per la diffusione degli screening oncologici (cervice, mammella e colon) e delle vaccinazioni	Ufficio Relazioni con il Pubblico	Predisposizione materiale informativo cartaceo e utilizzo dei canali informatici (portale istituzionale e social media)		100%
Prevenzione	Screening neonatale displasia delle anche	Incremento prestazione rispetto al 2023 in rapporto al n° di radiologi	Radiologie	30%		92,80%
Sanità Digitale	Potenziamento Sistemi Informativi-Area Telecomunicazioni e Data Center	Attivazione Sistema Regionale SlrDImm sugli HUB	Sistemi Informativi Aziendali	(Si/No)		100%
Sanità Digitale	PagoPA	Ampliamento del circuito PagoPA nel rispetto delle scadenze del PNRR	Sistemi Informativi Aziendali	100%		100%
Sanità Digitale	Potenziamento dei Sistemi Informativi	1) Telemedicina: Integrazione di nuovi device per la diagnosi e il monitoraggio delle cronicità aggiudicazione della gara e avviamento dell'esecuzione del Contratto ; 2) Supporto all' utilizzo Cartella clinica multiprofessionale territoriale; 3) Supporto del Percorso Nascita (Ospedale-Territorio): cartella clinica, app e televisite	Sistemi Informativi Aziendali	Relazione che evidenzi il completamento		100%
Sanità Digitale	Collaborazione con il DPO per l'adeguamento al Regolamento Europeo per la protezione dei dati personali (GDPR) e del Protocollo Informatico alle nuove regole dell'AGID	Incontri e procedure congiunte con il Dpo per le attività di adeguamento e relativi verbali .	Sistemi Informativi Aziendali, Programmazione Aziendale	Relazione con l'indicazione del numero di incontri		100%
Sanità Digitale	Utilizzo del nuovo sistema regionale RIS-PACS - SlrDImm	Inserimento esami nel sistema regionale	SS.CC Radiologia,Senologia Territoriale, Radiodiagnostica Territoriale III livello	100%		100%
Sanità Digitale	Conferimento al CUP agende delle strutture private accreditate	% agende conferite al CUP	Area Gestione del Personale	100%		100%
Sanità Digitale	Implementazione della Telemedicina e Home Monitoring nel trattamento dello Scompenso Cardiaco e nella gestione dei Device impiantabili come da indicazioni del Ministero della Salute approvate dalla Conferenza Stato-Regioni il 17/12/2020	% Pazienti contattati con sistema in remoto	Cardiologia-Utic	incremento rispetto anno precedente		100%
Sanità Digitale	Diffusione e vigilanza sulla redazione della lettera di dimissione informatizzata ai fini dell'alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico.	Relazione semestrale sulla % del n. di lettere di dimissione conferite al FSE rispetto al totale prodotto	Direzioni Mediche	>90%		100%

Area Strategica	Obiettivo Operativo	Indicatore	Struttura/Strutture Assegnatarie	TARGET 2024	Non valutabile	Percentuale di raggiungimento
Sanità Digitale	Diffusione e corretta gestione della ricetta dematerializzata per le prestazioni specialistiche.	Report con l'indicazione del N° di ricettari conferiti al singolo medico	Distretti socio-sanitari	N° ricettari anno 2024≤N° ricettari anno 2023		99,80%
Sanità Digitale	Implementazione attività per potenziamento Sanità Digitale. Diffusione ed utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)	% del numero di referti di laboratorio conferiti al FSE rispetto al totale prodotto	Laboratori Analisi	>90%		94%
Sanità Digitale	Avvio nuovo software laboratorio analisi con unificazione dei codici delle prestazioni	% di utilizzo software	Laboratori Analisi	100%		100%
Sanità Digitale	Attivazione di prestazioni in telemedicina e utilizzo delle piattaforme Web da parte del Servizio di Neuropsichiatria dell' Infanzia e dell'Adolescenza ed anche da parte del Servizio di Integrazione Scolastica.	Attivazione della telemedicina	Neuropsichiatria infantile	Relazione semestrale		100%
Sanità Digitale	Avvio Nuova Cartella Clinica, LIS e Repository ed invio dati al FSE	Completamento obiettivo	Sistemi Informativi Aziendali	100%		100%
Sanità Digitale	Partecipazione ai tavoli regionali di Sanità Digitale e Sanità Connessa e di attivazione di FSE 2,0	Relazione	Sistemi Informativi Aziendali	(Si/No)		100%
Sanità Digitale	Rispetto della normativa vigente, degli standard e delle disposizioni regionali in materia di Sanità Elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali e aziendali	Chiusura SDO/SDA entro 20gg. dalla dimissione	SS.CC Ospedaliere di ricovero	100%		100%
Sanità Digitale	Redazione della lettera di dimissione informatizzata ai fini dell'alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico.	% del n. di lettere di dimissione conferite al FSE rispetto al totale prodotto	SS.CC Ospedaliere di ricovero	>90%		90,20%
Sanità Digitale	Flussi NSIS - Coordinamento e monitoraggio.	Verifica ed inserimento in NSIS secondo le scadenze.	Statistica ed Epidemiologia	100%		100%
Sanità Digitale	Flussi NSIS - Coordinamento e monitoraggio.	Coordinamento aziendale degli adempimenti relativi alla gestione dei flussi informativi finalizzato al rispetto della normativa vigente, degli standard e delle disposizioni nazionali e regionali in materia di sanità elettronica ed alimentazione dei flussi informativi, nazionali , regionali ed aziendali	Statistica ed Epidemiologia	Relazione attività svolte		100%
Sanità Digitale	Utilizzo nuova cartella clinica informatizzata di reparto (accettazione, consulenze interne, richieste di laboratorio, richieste di radiologia, LDO), o, fino a completa sostituzione, ONE CARE	% di utilizzo	Tutte le strutture di ricovero ospedaliere	100%		83,20%
Sanità Digitale	Gestione della Comunicazione istituzionale on line attraverso il Portale della Salute.	Aggiornamento puntuale	Ufficio Relazioni con il Pubblico	100%		100%
Assistenza territoriale e ospedaliera	Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale delle prestazioni di classe B	% di prestazioni garantite entro i tempi	SS.CC. Ospedaliere e DSS	≥60		93%
Assistenza ospedaliera	Raccolta differenziata con controlli, audit, informazione e formazione degli operatori	Controlli e audit	Direzione Medica PO Cerignola-Manfr-S Severo	SI/NO		100%
Assistenza ospedaliera	Lotta al fumo	Controlli, audit e informazione e formazione degli operatori	Direzione Medica PO Cerignola-Manfr-S Severo	SI/NO		100%

Area Strategica	Obiettivo Operativo	Indicatore	Struttura/Strutture Assegnatarie	TARGET 2024	Non valutabile	Percentuale di raggiungimento
Sanità digitale	Diffusione e utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico	N.ro MMG che alimentano il FSE/N.ro MMG	DSS S Severo-S Marco-Foggia-Lucera-Manfr-Cerignola-Vico-Troia/Accadia	85%		100%
Assistenza territoriale	Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA1, CIA2, CIA 3)	% di pazienti trattati	DSS S Severo-S Marco-Foggia-Lucera-Manfr-Cerignola-Vico-Troia/Accadia	CIA1=2,6% CIA2=1,9% CIA3=1,5%		94,30%
Assistenza territoriale	Attività finalizzata all'attuazione e alla verifica del 100% della distribuzione diretta del primo ciclo di terapia a seguito di visita specialistica ambulatoriale con prescrizione di farmaci di fascia A presenti nel prontuario terapeutico aziendale del primo ciclo	Distribuzione diretta del primo ciclo di terapia al 100% dei pazienti a seguito di visita ambulatoriale specialistica con prescrizione di farmaci di tipo A presenti nel prontuario terapeutico aziendale del primo ciclo	DSS S Severo-S Marco-Foggia-Manfr-Vico	100%		100%
Assistenza ospedaliera e territoriale	Percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria	% di re-ricoveri	CSM Foggia-Lucera-Troia, CSM Manfredonia-Cerignola, CSM San Severo-San Marco in Lamis-Vico del Gargano, SPDC Manfr, SPDC S Severo,	<6,8%		90%
Prevenzione e promozione della salute	Caricamento dati e documenti nella piattaforma nazionale PRP e raggiungimento degli obiettivi previsti dai Programmi del PRP (Questionario LEA 2021-U.1.1)	1)Dati e documenti caricati entro i termini previsti dal Ministero/Dati e documenti previsti 2)Raggiungimento obiettivi annuali del PRP	Dipartimento di Prevenzione	100% 100%		100%
Prevenzione e promozione della salute	Potenziamento screening oncologici per cervice uterina	Rapporto tra numero di soggetti residenti nella Regione che eseguono il test di screening di primo livello e numero dei soggetti residenti nella Regione, in età target secondo le raccomandazioni Ministeriali	Dipartimento di Prevenzione	55%		67,20%
Prevenzione e promozione della salute	Potenziamento screening oncologici per mammella	Rapporto tra numero di soggetti residenti nella Regione che eseguono il test di screening di primo livello e numero dei soggetti residenti nella Regione, in età target secondo le raccomandazioni Ministeriali	Dipartimento di Prevenzione	40%		100%
Prevenzione e promozione della salute	Potenziamento screening oncologici per colon retto	Rapporto tra numero di soggetti residenti nella Regione che eseguono il test di screening di primo livello e numero dei soggetti residenti nella Regione, in età target secondo le raccomandazioni Ministeriali	Dipartimento di Prevenzione	20%		90%

Area Strategica	Obiettivo Operativo	Indicatore	Struttura/Strutture Assegnatarie	TARGET 2024	Non valutabile	Percentuale di raggiungimento
Prevenzione	Aggiornamento Registro Morti in collaborazione con la S.C. Statistica ed Epidemiologia	Inserimento schede	Servizio di Igiene e Sanità Pubblica, S.C. Statistica ed Epidemiologia	SI/NO		100%
Prevenzione e promozione della salute	Adozione provvedimenti aziendali per l'organizzazione e il potenziamento dell'offerta vaccinale per il perseguimento degli obiettivi del PRPV	Azioni completate/Azioni previste dal PRPV	Servizio di Igiene e Sanità Pubblica	80%		100%
Prevenzione e promozione della salute	Adozione provvedimenti aziendali per l'organizzazione e il potenziamento delle attività previste dal PanFlu Puglia 2024-2026	Azioni completate/Azioni previste dal PanFlu Puglia	Servizio di Igiene e Sanità Pubblica	50%		100%
Prevenzione e sicurezza alimentare	Attuazione del Piano Regionale Integrato dei Controlli con esecuzione di controlli ufficiali sulla base di criteri e frequenza stabilita su OSA Registrati	n. di ispezioni e audit effettuati/ n. di Osa Registrati Reg. CE 852/04 *100	Servizio di Igiene degli Alimenti	20%		100%
Prevenzione e sicurezza alimentare	Attuazione del Piano Regionale Integrato dei Controlli con esecuzione di controlli ufficiali sulla base di criteri e frequenza stabilita su OSA Riconosciuti	n. di ispezioni e audit effettuati/ n. di Osa Riconosciuti Reg. CE 852/04 *100	Servizio di Igiene degli Alimenti	33%		100%
Assistenza Farmaceutica	Diminuzione della Spesa Farmaceutica convenzionata	1).Spesa netta DCR-PAYBACK+Tickets≤ Tetto aziendale assegnato con Delibera di Giunta Regionale 2.)Spesa netta acquisti diretti farmaci e gas medicinali-PAYBACK-spesa netta vaccini-spesa netta farmaci innovativi con accesso al fondo≤Tetto aziendale assegnato con Delibera di Giunta Regionale	S.C. Farmacia Territoriale	1).100% 2).100%		82%
Assistenza Farmaceutica	Diminuzione della Spesa per Dispositivi Medici	Spesa netta acquisti diretti DM≤Tetto aziendale assegnato con Delibera di Giunta Regionale	S.C. Farmacia Territoriale	100%		60%
Assistenza Ospedaliera	Coordinamento, in collaborazione tra la Farmacia ospedaliera e le Direzioni mediche,delle attività volte all'incremento della Distribuzione Diretta del primo ciclo terapeutico con farmaci di fascia A a seguito di dimissione ospedaliera o visita ambulatoriale	Predisposizione di un protocollo operativo ed Incontri con le UU.OO. per l'analisi sull'andamento della prescrizione e sull'erogazione dei farmaci in distribuzione diretta	S.C. Farmacia Territoriale, Farmacia Ospedaliera, Direzioni Mediche	Protocollo ed incontri verbalizzati (almeno 1 a trimestre)		100%

Area Strategica	Obiettivo Operativo	Indicatore	Struttura/Strutture Assegnatarie	TARGET 2024	Non valutabile	Percentuale di raggiungimento
Assistenza farmaceutica	Miglioramento della copertura e qualità dei flussi informativi: riduzione dello scostamento tra i consumi trasmessi con i flussi distribuzione diretta, distribuzione per conto, consumi ospedalieri e il dato desumibile dal modello CE	totale flussi(DD,DP,CO/ totale valore CE	SSD Gestione Beni Farmaceutici, Ausiliari Sanitari e Gestione delle Emergenze e Catastrofi	15%		100%
Efficienza organizzativa	Riorganizzazione dell'assistenza sanitaria primaria	Adozione Regolamento AFT	S.C. Area Gestione Risorse Umane	SI/NO		100%
Rapporti con gli erogatori privati	Sottoscrizione dei contratti con gli erogatori privati accreditati entro il 30/04	Qualificazione della spesa attraverso acquisto di volumi e tipologie di prestazioni di ricovero e specialistica ambulatoriale, ai sensi del D. Lgs. N. 502/92	S.C. Area Gestione Risorse Umane	SI/NO		100%
Efficienza organizzativa	Adozione di un sistema di monitoraggio delle presenze in ALPI in collaborazione con il referente del gruppo ALPI	Sistema di monitoraggio	S.C. Area Gestione Risorse Umane	SI/NO		100%
Efficienza organizzativa	Controllo dei volumi, dei tempi e del fatturato delle prestazioni in ALPI in collaborazione con il referente del gruppo ALPI	Report semestrali di monitoraggio del volume, dei tempi e del fatturato delle prestazioni ALPI rispetto a quelle istituzionali per ciascun operatore	S.C. Area Gestione Risorse Umane	n.2 report		100%
Efficienza organizzativa	Attivazione di contabilità separata per ALPI in collaborazione con il referente del gruppo ALPI	Contabilità separata da allegare al Bilancio Annuale	S.C. Area Gestione Risorse Umane	SI/NO		100%

Area Strategica	Obiettivo Operativo	Indicatore	Struttura/Strutture Assegnatarie	TARGET 2024	Non valutabile	Percentuale di raggiungimento
Aspetti economico-finanziari e di Controllo di Gestione	Rispetto dell'equilibrio economico- finanziario e di quanto prescritto dal c. 174, art.1, L. 311/2004	Entro il 1 febbraio dell'anno successivo a quello di riferimento - Trasmissione, previo invio di apposite linee guida, dell'istruttoria economica con riferimento all'esercizio economico precedente: -CE IV trimestre (modello NSIS) al lordo e al netto delle quote sociali; -CE IV trimestre esteso in formato exel; -Tabella Quadratura CE A0030 e CE A0070; - Riepilogo note di credito Farmaci; -Dettagli su accantonamenti, voci straordinarie e svalutazioni; -Riepilogo tetti e spesa ospedaliera-spesa da privato; - Dettaglio investimenti con fondi propri (exel e relazione); - Altri dettagli richiesti nelle LL.GG. - Trasmissione, con riferimento all'esercizio economico precedente, della bozza del modello CE e del modello SP. -Entro il 29 marzo dell'anno successivo a quello di riferimento, Trasmissione, con riferimento all'esercizio economico precedente. del modello CE e del modello SP definitivi	S.C. Area Gestione Risorse Economiche e Finanziarie	Rispetto delle scadenze nel 2024 con riferimento all'esercizio economico 2023		100%
Efficienza organizzativa	Completezza e qualità dei Flussi Informativi: rispetto degli obblighi previsti dal PNRR nel Disciplinare attuativo fondi strutturali (FESR)	Corretta implementazione dei dati nel sistema MIR per consentire la chiusura del programma 2014/2020	S.C. Area Gestione Tecnica	100%		100%
Investimenti Strutturali	Capacità progettuale e spesa per gli investimenti: rispetto degli obblighi previsti nel PNRR	Indicatori fissati nel CIS	S.C. Area Gestione Tecnica	100%		100%
Assistenza territoriale	Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale/semiresidenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura)	n. anziani/n. popolazione	S.C. Area Coordinamento dei Servizi Socio Sanitari	Relazione		100%

Area Strategica	Obiettivo Operativo	Indicatore	Struttura/Strutture Assegnatarie	TARGET 2024	Non valutabile	Percentuale di raggiungimento
Aspetti economico finanziari e di controllo di gestione	Quadratura tra Contabilità analitica e Contabilità generale	Invio del Bilancio di verifica per centro di Responsabilità al 30.06.2024 in quadratura con il Conto Economico -Modello CE al 30.06.2024, al fine di garantire il monitoraggio dei costi e la correlazione con i dati di attività e di struttura, nell'ambito dell'attività di controllo di gestione, e consentire una valutazione complessiva dell'azienda, del Presidio e della singola unità operativa in termini di efficienza ed efficacia, nonché del completamento dei progetti regionali correlati	S.C. Controllo di Gestione	Rispetto della tempistica stabilita dalla regione (01/08/2024)		100%
Sanità digitale	Diffusione e utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico	n. dei documenti in CDA2/n. dei documenti indicizzati	S.S Sistemi Informativi Aziendali	90%		90%
Sanità digitale	Diffusione e utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico	documenti indicizzati/n.ro di prestazioni erogate	S.S Sistemi Informativi Aziendali	90%		100%
Sanità digitale	Diffusione e utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico	n. documenti firmati in pades/n.ro documenti indicizzati	S.S Sistemi Informativi Aziendali	90%		90%
Medicina di genere	Previsione obbligo formativo in medicina di genere	Organizzazione corso formativo	S.S. Formazione	SI/NO		100%
Legalità e Trasparenza	Completezza del contenuto degli atti di competenza pubblicati in Amministrazione Trasparente	Il dato pubblicato riporta tutte le informazioni richieste da previsioni normative secondo l'allegato al PIAO denominato "obblighi di pubblicazione".	Tutte le strutture aziendali	100%		100%
Assistenza territoriale	Aumento assistiti over 65 in ADI come da DM 23/01/2023	Anziani assistiti in ADI (%)	Distretti Socio Sanitari	8% soddisfacimento di tutte le richieste pervenute		100%