

Area strategica	Obiettivi Strategici	Obiettivo Operativo	Indicatore	Formula Indicatore	TARGET 2025	TARGET 2026	TARGET 2027	Struttura/Strutture Assegnatarie	
Assistenza ospedaliera	Appropriatezza e Qualità	Controlli analitici casuali nelle strutture pubbliche, private accreditate e dell' IRCCS "Casa Sollievo della Sofferenza" S.G. Rotondo, dei ricoveri esitati con DRG non LEA	% Controlli	(N. controlli/ Totale utenza) x100	10%	10%	10%	UVARP	
Assistenza ospedaliera	Appropriatezza e Qualità	controllo cartelle cliniche su ricoveri a rischio di inapproprietezza; controllo cartelle cliniche riferite ai parti cesarei		N. cartelle cliniche controllate/N. Ricoveri ad alto rischio di inapproprietezza; n. cartelle cliniche parti cesari/ n. cartelle parti	1)100% 2) 100%	1)100% 2) 100%	1)100% 2) 100%	UVARP	
Assistenza territoriale	Appropriatezza e Qualità	Controlli su specialistica ambulatoriale		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"	1) N° SDA controllate/ n° SDA totali; 2) % Controlli previsti dal Piano annuale dei Controlli; 3) N° ricette controllate/ N° ricette totale.	1) 15%; 2) 100%; 3) >10% .	1) 20%; 2) 100%; 3) >15% .	1) 20%; 2) 100%; 3) >15% .	UVARP
Assistenza territoriale	Appropriatezza e Qualità	Controllo delle prestazioni in regime di Riabilitazione ex 26		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	N. prestazioni controllate/ n. totale prestazioni	10%	10%	10%	UVARP
Accreditamento strutture pubbliche	Qualificazione strutture pubbliche	Contribuire all'accREDITamento istituzionale	Percentuale di pratiche istruite e lavorate	(N. pratiche lavorate / Pratiche richieste alla direzione strategica) x 100	75%	85%	95%	Area Gestione Tecnica	
Aspetti amministrativi/organizzativi	Efficienza Organizzativa	Rilevazione presenze specialisti ambulatoriali - organizzazione e predisposizione di un regolamento	Adozione regolamento		SI/NO	SI/NO	SI/NO	Area Gestione Risorse Umane	
Aspetti Economico Finanziari e di controllo di gestione	Aspetti Economico Finanziari e di controllo di gestione	ALPI- Controllo dei volumi, dei tempi e del fatturato delle prestazioni	Report semestrali di monitoraggio (31 marzo - 30 settembre)		SI/NO	SI/NO	SI/NO	Area Gestione Risorse Umane	
Aspetti amministrativi/organizzativi	Efficienza Organizzativa	BENESSERE DEI DIPENDENTI (lavoro a distanza- Questionario benessere dei lavoratori)	1. Adozione regolamentazione lavoro a distanza 2. Somministrazione questionario benessere lavorativo		SI/NO	SI/NO	SI/NO	Area Gestione Risorse Umane	
Aspetti amministrativi/organizzativi	Efficienza Organizzativa	PIANO ASSUNZIONALE- Proposta piano assunzionale e sua attuazione attraverso le procedure concorsuali ivi incluse le procedure per il conferimento di incarichi di Struttura Complessa da atto aziendale	N. procedure da Piano assunzionale / Numero procedure incarichi di SC	(N. procedure da Piano assunzionale / Numero procedure incarichi di SC) x 100	75%	90%	100%	Area Gestione Risorse Umane	
Aspetti amministrativi/organizzativi	Efficienza Organizzativa	CONTRATTAZIONE INTEGRATIVA- predisposizione nuovi contratti integrativi comparto sanità, Dirigenza Sanità, Dirigenza PTA	Predisposizione delle CCIA	n. contratti predisposti/ n. contratti da predisporre	n. 1 contratto valore obiettivo 40%; n. 2 contratti valore obiettivo 70%; n. 3 contratti valore obiettivo100%	n. 1 contratto valore obiettivo 40%; n. 2 contratti valore obiettivo 70%; n. 3 contratti valore obiettivo100%	n. 1 contratto valore obiettivo 40%; n. 2 contratti valore obiettivo 70%; n. 3 contratti valore obiettivo100%	Area Gestione Risorse Umane	
Aspetti amministrativi/organizzativi	Appropriatezza e Qualità	Gestione dei reclami/ segnalazioni ed elogi con comunicazioni alle strutture interessate per risoluzioni con azioni correttive	Produzione documento semestrale con analisi dei reclami/ segnalazioni e analisi dei riscontri da parte delle Strutture e trasmissione degli stessi agli interessati nei tempi previsti dal regolamento di pubblica tutela		Trasmissione n° 2 documenti alla Direzione Strategica e al Controllo di gestione	Trasmissione n° 2 documenti alla Direzione Strategica e al Controllo di gestione	Trasmissione n° 2 documenti alla Direzione Strategica e al Controllo di gestione	Ufficio Relazioni con il Pubblico	
Aspetti amministrativi/organizzativi	Appropriatezza e Qualità	Standardizzazione dei processi di gestione delle istanze inerenti la Legge 210-92	Adozione di una procedura operativa		si/no			SSD Medicina Legale	
Promozione e prevenzione	Appropriatezza e Qualità	Certificazioni Medico - Legali complesse per il cittadino e gli Enti Pubblici (idoneità al Lavoro, patologia grave, rilascio certificazioni per le adozioni ordinarie e internazionali), certificazioni sulla capacità di esercizio del diritto e della facoltà di testare	tempo medio di attesa tra istanza e refertazione	$\sum (\text{tempo ref-tempo istanza})/N$	10gg	10gg	10gg	SSD Medicina Legale	
Aspetti amministrativi/organizzativi	Gestione ed ottimizzazione dei processi	Regolarizzazione denuce agenzie delle Dogane e gruppi elettrogeni	Percentuale di pratiche istruite	(N. pratiche istruite/N. gruppi elettrogeni installati) x100	100%	100%	100%	Area Gestione Tecnica	
Aspetti amministrativi/organizzativi	Gestione ed ottimizzazione dei processi	Riduzione debito informativo anni pregressi su piattaforma BDAP	Percentuale di CUP gestiti	(N. CUP gestiti/N. Cup censiti in piattaforma) x 100	30%	60%	100%	Area Gestione Tecnica	
Aspetti amministrativi/organizzativi	Gestione ed ottimizzazione dei processi	Adeguamento impianti fotovoltaici esistenti e non funzionanti inclusa la regolarizzazione amministrativa presso GSE	Percentuale di impianti gestiti	(N. impianti gestiti / N. impianti esistenti	100%	100%	100%	Area Gestione Tecnica	
Aspetti amministrativi/organizzativi	Efficienza Operativa	Regolamentazione afferente l'ingegneria clinica	Approvazione Regolamento gestione, uso, acquisto, noleggio, dismissione, richieste apparecchiature elettromedicali		si/no	si/no	si/no	Area Gestione Tecnica	
Aspetti amministrativi/organizzativi	Gestione ed ottimizzazione dei processi	Regolarizzazione urbanistico-catastale immobili oggetto di finanziamento PNRR	Percentuale di pratiche istruite	(N.pratiche istruite/Totale immobili oggetto finanziamento) x100	100%	100%	100%	Area Gestione Tecnica	

Aspetti amministrativi/organizzativi	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		si/no	si/no	si/no	Area Coordinamento dei Servizi Socio Sanitari
Aspetti amministrativi/organizzativi	Efficienza Operativa	Protocollo operativo Area Socio-Sanitario	Predisposizione e adozione di un protocollo operativo		SI/NO	SI/NO	SI/NO	Area Coordinamento dei Servizi Socio Sanitari
Assistenza residenziale e semiresidenziale	Qualificazione assistenza residenziale e semiresidenziale	Incremento del numero di anziani non autosufficienti in trattamento sociosanitario residenziale/semiresidenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura) nel rispetto dei posti accreditati/spesa storica e delle richieste pervenute	N. anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale/semiresidenziale (anno 2025) / popolazione residente > N. anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale/semiresidenziale (anno 2024) / popolazione residente	N. anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale/semiresidenziale (anno 2025) / popolazione residente > N. anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale/semiresidenziale (anno 2024) / popolazione residente	Relazione con dati	Relazione con dati	Relazione con dati	Area Coordinamento dei Servizi Socio Sanitari
Assistenza residenziale e semiresidenziale	Qualificazione assistenza residenziale e semiresidenziale	Implementare il sistema di monitoraggio delle attività dei DSS per le singole tipologie di prestazione (residenziale e semiresidenziale anziani e disabili)	Monitoraggio sulle attività dei distretti attraverso l'adozione di una lista di attesa provinciale		SI/No	SI/No	SI/No	Area Coordinamento dei Servizi Socio Sanitari
Assistenza residenziale e semiresidenziale	Qualificazione assistenza residenziale e semiresidenziale	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		si/no	si/no	si/no	Area Coordinamento dei Servizi Socio Sanitario/ Dipartimento di riabilitazione /Dipartimento di Dipendenze Patologiche/Dipartimento Salute
Aspetti amministrativi/organizzativi	Efficienza Operativa	Attività di supporto alla Direzione Strategica negli atti aventi valenza strategica aziendale	n. 3 documenti di programmazione aziendale		si/no	si/no	si/no	SSVD Affari generali, prevenzione della corruzione, Trasparenza e Privacy
Legalità e Trasparenza	Legalità e Trasparenza	Audit interni di controllo sull'attuazione di disposizioni del Reg. UE 2016/679 e delle politiche interne sulla protezione dei dati personali	Partecipazione attiva alla rendicontazione		almeno 1 audit anno	almeno 1 audit anno	almeno 1 audit anno	SSVD Affari generali, prevenzione della corruzione, Trasparenza e Privacy
Aspetti amministrativi/organizzativi	Efficienza Operativa	Miglioramento del sistema di protocollazione aziendale	incontri con le strutture Sistemi Informativi, Direzione Strategica al fine della predisposizione di un atto amministrativo		si/no			SSVD Affari generali, prevenzione della corruzione, Trasparenza e Privacy
Promozione e prevenzione	Efficienza operativa	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, coordinamento accertamento necroscopici, istituzione Registro della Provincia di Foggia per le morti improvvise		si/no	si/no	si/no	SSD Medicina Legale
Aspetti amministrativi/organizzativi	Appropriatezza e Qualità	Conclusione ed approvazione del regolamento COVASI	Adozione del regolamento		SI/NO	SI/NO	SI/NO	SSD Medicina Legale
Aspetti amministrativi/organizzativi	Deflazionamento del contenzioso	Contenzioso in tema di responsabilità civile	partecipazione CTU, ATP e relazioni Medico Legali	N° di richieste evase/N° di CTP richieste	100%	100%	100%	SSD Medicina Legale
Aspetti amministrativi/organizzativi	Deflazionamento del contenzioso	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 CTU, ATP e relazioni Medico Legali, contenziosi quale CTP dell'ASL in materia di Diritto del lavoro (idoneità al lavoro, mobbing, risarcimento danni da infortunio)	(N° di richieste evase/N° di CTP richieste) x 100	100%	100%	100%	SSD Medicina Legale
Aspetti amministrativi/organizzativi	Deflazionamento del contenzioso	Monitoraggio sinistri rischio sanitario	Trasmissione trimestrale alla SS Rischio clinico dei dati relativi ai sinistri rischio sanitario con precisa indicazione aperti/liquidati e risarcimenti erogati.-	n. 4 report	si/no	si/no	si/no	Struttura Burocratico Legale
Aspetti amministrativi/organizzativi	Efficienza Operativa	Regolamento per la disciplina del patrocinio legale dei dipendenti della Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Foggia	Aggiornamento procedura sulla base dei nuovi CCNL e trasmissione delibera presa d'atto per la pubblicazione		si/no	si/no	si/no	Struttura Burocratico Legale
Aspetti amministrativi/organizzativi	Efficienza Operativa	Progetto regionale linee Guida "Hospitality"	Attività volta a garantire l'accoglienza nelle strutture aziendali		si/no	si/no	si/no	Ufficio Relazioni con il Pubblico
Aspetti amministrativi/organizzativi	Efficienza Operativa	Sviluppo organizzativo per studio ed elaborazione di nuovi prototipi testi/grafica - uniformati a criteri di ottimizzazione comunicazione aziendale	Predisposizione materiale informativo cartaceo e digitale		si/no	si/no	si/no	Ufficio Relazioni con il Pubblico
Aspetti amministrativi/organizzativi	Efficienza operativa	Performance D.Lg.vo 150/2009	Predisposizione Relazione sulla performace nel rispetto del D.Leg.vo 150/2009		SI/NO	SI/NO	SI/NO	Controllo di Gestione
Aspetti amministrativi/organizzativi	Efficienza operativa	Performance D.Lg.vo 150/2009	Valutazione del grado di raggiungimento della Performance Organizzativa e trasmissione atti all'Organismo Indipendente di Valutazione		SI/NO	SI/NO	SI/NO	Controllo di Gestione
Aspetti amministrativi/organizzativi	Efficienza Operativa	Garantire l'esame tempestivo e la corretta presa in carico delle richieste di rimborso delle spese legali sostenute dai dipendenti per fatti connessi all'espletamento dei compiti d'ufficio, quando tali fatti risultano estranei al procedimento.	Percentuale di richieste evase	(Richieste evase/richieste pervenute) x100	100%	100%	100%	Struttura Burocratico Legale
Aspetti amministrativi/organizzativi	Efficienza Organizzativa	Aggiornamento Short List per il conferimenti di incarichi legali a professionisti del Libero Foro	Acquisizione delle istanze e verifica dei requisiti richiesti per l'iscrizione nell'elenco		si/no	si/no	si/no	Struttura Burocratico Legale

Aspetti amministrativi/organizzativi	Formazione	Formazione dei dipendenti come da Direttiva della P.A. del 14.01.2025	monitoraggio del completamento delle ore di formazione di ciascun dipendente (40h)	n. dipendenti che hanno completato formazione / n. dipendenti	100%	100%	100%	Tutte le strutture aziendali
Aspetti amministrativi/organizzativi	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		predisposizione atto entro il 30 settembre di ogni anno per l'anno successivo	predisposizione atto entro il 30 ottobre di ogni anno per l'anno successivo	predisposizione atto entro il 30 ottobre di ogni anno per l'anno successivo	Formazione
Aspetti amministrativi/organizzativi	Formazione	Fabbisogno formativo	Alimentazione di un data base al fine di monitorare attività formative di ciascun dipendente a tempo indeterminato	n. dipendenti inseriti nel data base/ n. dipendenti che hanno seguito corsi di formazione	100%	100%	100%	Formazione
Aspetti amministrativi/organizzativi	Formazione	Fabbisogno formativo	Redazione del Piano Aziendale della Formazione continua per operatori sanitari e per i dipendenti atp		si/no	si/no	si/no	Formazione
Aspetti amministrativi/organizzativi	Formazione	Fabbisogno formativo	Redazione del Piano di formazione aziendale per assistenti sociali		si/no	si/no	si/no	Formazione
Aspetti amministrativi/organizzativi	Formazione	Gestione amministrativa dei corsi di formazione specifica di Medicina Generale ex DGR 1641/18 e s.m.i.	Gestione amministrativa dei corsi		si/no	si/no	si/no	Formazione
Aspetti amministrativi/organizzativi	Formazione	Fabbisogno formativo	Autorizzazione tirocini nei limiti imposti dalla legislazione vigente	n. autorizzazioni tirocini/ n. richieste pervenute	100%	100%	100%	Formazione
Aspetti amministrativi/organizzativi	Efficienza Operativa	Comunicazione su azioni di prevenzione, azioni per contrasto violenza sugli operatori e contrasto alla violenza di genere	Predisposizione materiale informativo cartaceo e utilizzo dispositivi informatici		si/no	si/no	si/no	Ufficio Relazioni con il Pubblico
Aspetti Economico Finanziari e di controllo di gestione	Aspetti Economico Finanziari ed efficienza operativa	Rispetto degli adempimenti relativi alle Gestioni Liquidatorie	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	n. 4 rendiconti e n. 1report	si/no	si/no	si/no	Struttura Burocratico Legale
Aspetti Economico Finanziari e di controllo di gestione	Aspetti Economico Finanziari e di controllo di gestione	Assegnazione del budget dello straordinario alle singole strutture e relativo monitoraggio continuo	Assegnazione budget alle strutture entro il 31 marzo		SI/NO.	SI/NO.	SI/NO.	Area Gestione Risorse Umane
Aspetti Economico Finanziari e di controllo di gestione	Tempi di Pagamento dei fornitori	Riduzione tempi pagamento	Indice di Tempestività dei Pagamenti (ITP) calcolato secondo la formula di cui al DPCM 22/9/2014	L'indice di tempestività dei pagamenti (ITP), ai sensi dell'art. 9 del DPCM del 22 settembre 2014, è calcolato come la somma, per ciascuna fattura emessa a titolo di corrispettivo di una transazione commerciale dei giorni effettivi intercorrenti tra la data di scadenza della fattura o richiesta equivalente di pagamento e la data di pagamento ai fornitori moltiplicata per l'importo dovuto, rapportata alla somma degli importi pagati nel periodo di riferimento. Saranno considerate nel calcolo le fatture dell'anno oggetto della valutazione. Sono esclusi dal calcolo i periodi in cui la somma era inesigibile, essendo la richiesta di pagamento oggetto di contestazione.	ITP=0	ITP=0	ITP=0	Area Gestione Risorse Economiche e Finanziarie
Aspetti Economico Finanziari e di controllo di gestione	Completezza e Qualità dei Flussi informativi	Trasmissione alla Regione Puglia di un tracciato record mensile dei pagamenti ai fini del calcolo dell'ITP	Entro il giorno 10 del mese successivo a quello di riferimento		SI/NO	SI/NO	SI/NO	Area Gestione Risorse Economiche e Finanziarie
Aspetti Economico Finanziari e di controllo di gestione	Completezza e Qualità dei Flussi informativi	Trasmissione alla Regione Puglia di un tracciato record mensile delle partite aperte ai fini del monitoraggio e approfondimento dello stock di debito aziendale	Entro il giorno 10 del mese successivo a quello di riferimento		SI/NO	SI/NO	SI/NO	Area Gestione Risorse Economiche e Finanziarie
Aspetti Economico Finanziari e di controllo di gestione	Rispetto delle scadenze per il monitoraggio dei conti del sistema sanitario	Trasmissione alla Regione Puglia di una relazione di aggiornamento mensile accompagnata dall'estratto conto della tesoreria	Entro il giorno 2 del mese successivo a quello di riferimento		SI/NO	SI/NO	SI/NO	Area Gestione Risorse Economiche e Finanziarie
Aspetti Economico Finanziari e di controllo di gestione	Rispetto delle scadenze per il monitoraggio dei conti del sistema sanitario	Trasmissione nei tempi dei CE Trimestrale e del Bilancio economico	Rispetto delle scadenze nell'anno con riferimento all'esercizio economico dell'anno precedente		SI/NO	SI/NO	SI/NO	
Aspetti amministrativi/organizzativi	Deflazionamento del contenzioso	Prevenzione del contenzioso da parte degli operatori economici attraverso una scrupolosa gestione dei solleciti	Solleciti ai centri di costo competenti		SI/NO	SI/NO	SI/NO	Area Gestione Risorse Economiche e Finanziarie
Aspetti Economico Finanziari e di controllo di gestione	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.	n. pratiche completate / n. pratiche istruite	% pratiche completate ≥90%	% pratiche completate ≥90%	% pratiche completate ≥90%	Direzione Amm. Presidio
Aspetti amministrativi/organizzativi	Efficienza operativa	Procedure d'acquisto di attrezzature sanitarie di piccolo importo a supporto dell'attività sanitaria	N° procedure		almeno 8 procedure	almeno 8 procedure	almeno 8 procedure	Direzione amm. Presidio

Aspetti Economico Finanziari e di controllo di gestione	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	n. pratiche avviate / n. pratiche analizzate dell'anno di riferimento	≥60%	≥60%	≥60%	Direzione Amm. Presidio
Aspetti Economico Finanziari e di controllo di gestione	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	n. pratiche completate / n. pratiche istruite	% pratiche completate ≥90%	% pratiche completate ≥90%	% pratiche completate ≥90%	Direzione Amm. Presidio
Aspetti Economico Finanziari e di controllo di gestione	Aspetti Economico Finanziari e di controllo di gestione	Predisposizione modelli LA e CP	Adempimento entro i termini previsti per Legge nel rispetto delle indicazioni regionali		SI/NO	SI/NO	SI/NO	Controllo di Gestione
Aspetti amministrativi/organizzativi	Efficienza operativa	Utilizzo delle piattaforme di approvvigionamento digitale certificate (Empulia e Consip) per l'pletamento procedure di acquisto sotto soglia	Numero di procedure (affidamento diretto e/o negoziate) espletate tramite le piattaforme Empulia ed "Acquisti in Rete" di Consip		< 6 procedure (non raggiunto) = 6 (raggiunto al 75%) oltre 6 (raggiunto al 100%)	< 6 procedure (non raggiunto) = 6 (raggiunto al 75%) oltre 6 (raggiunto al 100%)	< 6 procedure (non raggiunto) = 6 (raggiunto al 75%) oltre 6 (raggiunto al 100%)	Area Gestione del Patrimonio
Aspetti amministrativi/organizzativi	Efficienza operativa	Tempi conclusione procedure di gara sopra soglia, il cui bando è pubblicato entro il 31 marzo 2025.	Tempo intercorrente tra la data di pubblicazione del bando sulla G.U.U.E. e la data di aggiudicazione (max n. 9 mesi)	Tempo aggiudicazione-Tempo pubblicazione	> 9 mesi (non raggiunto) = < 9 mesi (raggiunto al 100%)	> 9 mesi (non raggiunto) = < 9 mesi (raggiunto al 100%)	> 9 mesi (non raggiunto) = < 9 mesi (raggiunto al 100%)	Area Gestione del Patrimonio
Aspetti amministrativi/organizzativi	Efficienza operativa	Razionalizzazione acquisti sopra soglia comunitaria.	Indizione procedure di gara (sopra-soglia) e adesioni a gare centralizzate regionali indicate nel programma triennale acquisti.		< 3 gare (non raggiunto) = 3 gare (raggiunto al 75%) oltre 3 gare (raggiunto al 100%)	< 3 gare (non raggiunto) = 3 gare (raggiunto al 75%) oltre 3 gare (raggiunto al 100%)	< 3 gare (non raggiunto) = 3 gare (raggiunto al 75%) oltre 3 gare (raggiunto al 100%)	Area Gestione del Patrimonio
Aspetti Economico Finanziari e di controllo di gestione	Efficienza operativa	Debito informativo: riscontro alle richieste provenienti dalla Regione/Soggetto aggregatore (fabbisogni, componenti tavolo tecnico, componenti commissione, ecc.) entro i termini previsti.	Numero riscontri effettuati entro la data prevista	Numero riscontri effettuati entro la data prevista /numero richieste pervenute	100%	100%	100%	Area Gestione del Patrimonio
Aspetti Economico Finanziari e di controllo di gestione	Ottimizzazione dei processi	In sinergia con la struttura Burocratico Legale, porre in essere gli iter procedurali finalizzati allo svincolo presso l'Istituto Tesoriere delle somme vincolate per pignoramento	Percentuale di iter esperibili	iter esperibili/iter avviati	>= 0.5 1<=	>= 0.5 1<=	>= 0.5 1<=	Area Gestione Risorse Economiche e Finanziarie
Aspetti Economico Finanziari e di controllo di gestione	Aspetti Economico Finanziari e di controllo di gestione	Garantire il rispetto del budget per lo straordinario assegnato, monitorando costantemente le ore di lavoro straordinario	Percentuale di spesa per straordinario rispetto al budget assegnato.	Spesa effettiva per straordinario/Budget assegnato per straordinario	Spesa effettiva ≤Budget assegnato	Spesa effettiva ≤Budget assegnato	Spesa effettiva ≤Budget assegnato	Tutte le strutture aziendali
Aspetti Economico Finanziari e di controllo di gestione	Tempi di Pagamento dei fornitori	Rispetto dei tempi di pagamento delle fatture liquidate	Tempo medio di pagamento delle fatture	Numero medio di giorni per pagare le fatture liquidate trasmesse dalle Strutture (N.B. Il periodo di pagamento inizia dalla data di assegnazione della fattura liquidata. Sono escluse fatture bloccate per contestazione o ricevimento documentazione)	≤ 15	≤ 15	≤ 15	Area Gestione Risorse Economiche e Finanziarie
Aspetti amministrativi/organizzativi	Ottimizzazione dei processi	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 e relative schede		SI/NO	SI/NO	SI/NO	Controllo di Gestione
Aspetti Economico Finanziari e di controllo di gestione	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		SI/NO	SI/NO	SI/NO	Controllo di Gestione
Aspetti Economico Finanziari e di controllo di gestione	Aspetti Economico Finanziari ed efficienza operativa	Quadratura tra Contabilità analitica e Contabilità generale	Trasmissione entro il 01/08 del Bilancio di verifica per Centro di Responsabilità al 30/06/2025 in quadratura con il Conto Economico Modello CE al 30/06/2025, 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 e efficacia, nonché del completamento dei progetti		SI/NO	SI/NO	SI/NO	Controllo di Gestione
Aspetti Economico Finanziari e di controllo di gestione	Aspetti Economico Finanziari ed efficienza operativa	SPESA DEL PERSONALE- Monitoraggio dei vincoli di finanza pubblica	Trasmissione ad AGREF della relazione e dei relativi prospetti di monitoraggio relativi al 1°,2° e 3° trimestre entro il mese successivo	N .relazioni trasmesse nei tempi/ N. relazioni trasmesse	SI/NO	SI/NO	SI/NO	Area Gestione Risorse Umane
Aspetti Economico Finanziari e di controllo di gestione	Aspetti Economico Finanziari ed efficienza operativa	Assegnazione budget alle singole strutture socio-sanitarie di competenza liquidatoria dell'Area/Dipartimento nel rispetto dei fondi assegnati con DGR e relativo monitoraggio	Rendicontazione semestrale delle prestazioni erogate dalle strutture contrattualizzate e/o provvisoriamente accreditate e liquidate dall'Area	Budget assegnato= Budget liquidato	SI/NO	SI/NO	SI/NO	Area Coordinamento dei Servizi Socio Sanitario/ Dipartimento di riabilitazione /Dipartimento di Dipendenze Patologiche/Dipartimento Salute
Aspetti Economico Finanziari e di controllo di gestione	Aspetti Economico-Finanziari e di Controllo di Gestione	Rispetto dei tempi di liquidazione delle fatture	Tempo medio di liquidazione delle fatture	Numero medio di giorni di liquidazione delle fatture assegnate all'Unità organizzativa (N.B. Il periodo di liquidazione inizia dalla data di assegnazione della fattura sul MOSS. Sono escluse fatture bloccate per contestazione o ricevimento documentazione)	≤ 30	≤ 30	≤ 30	Dipartimenti/ Distretti/Direzioni mediche/ Direzione amministrativa PP.OO/ Aree / Uffici di staff
Assistenza Farmaceutica	Appropriatezza prescrittiva	Ottimizzazione della spesa protesica	Omogeneizzazione delle procedure della spesa protesica mediante verifica dell'appropriatezza prescrittiva ed applicazione linee guida aziendali		Budget assegnato=consumato	Budget assegnato=consumato	Budget assegnato=consumato	Distretti socio-sanitari
Assistenza Farmaceutica	Appropriatezza prescrittiva	Monitoraggio appropriatezza prescrittiva -spesa farmaceutica	Organizzare audit con le SS.CC. ospedaliere volte alla comunicazione delle note regionali relative all'appropriatezza prescrittiva e alla motitoraggio della spesa farmaceutica					Direzioni mediche del PP.OO- e Servizio Farmaceutico Ospedaliero

Assistenza Farmaceutica	Appropriatezza prescrittiva	Uso inappropriato degli antibiotici nei reparti ospedalieri, promuovendo il rispetto delle linee guida cliniche aggiornate e delle pratiche mediche basate su evidenze scientifiche, attraverso attività di formazione continua per il personale sanitario e monitoraggio costante delle prescrizioni	Percentuale di riduzione / mantenimento della spesa rispetto all'anno precedente		Spesa anno corrente ≤ Spesa anno precedente	Spesa anno corrente ≤ Spesa anno precedente	Spesa anno corrente ≤ Spesa anno precedente	Servizio Farmaceutico Ospedaliero
Assistenza Farmaceutica	Appropriatezza prescrittiva	Uso inappropriato degli antibiotici nel rispetto delle linee guida cliniche aggiornate e delle pratiche mediche basate su evidenze scientifiche,	Percentuale di riduzione / mantenimento della spesa rispetto all'anno precedente		Spesa anno corrente ≤ Spesa anno precedente	Spesa anno corrente ≤ Spesa anno precedente	Spesa anno corrente ≤ Spesa anno precedente	SS.CC. Ospedaliero
Assistenza Farmaceutica	Farmaceutica convenzionata	Contenimento della spesa farmaceutica convenzionata	Convocazione dei MMG e PLS segnalati alle Commissioni distrettuali appropriatezza prescrittiva farmaceutica	n. MMG e PLS convocati/ n. totale mMG e PLS segnalati	100%	100%	100%	Distretti socio-sanitari
Assistenza Farmaceutica	Farmaceutica convenzionata	Contenimento della spesa farmaceutica convenzionata	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.		N.3 audit verbalizzati	N.3 audit verbalizzati	N.3 audit verbalizzati	Distretti socio-sanitari
Assistenza Farmaceutica	Assistenza Farmaceutica	Erogazione farmaci e materiale sanitario, ai Centri di costo dell'Asl; erogazione DPI e vaccini anti Covid 19	N° richieste/n° erogazioni	(N. richieste / N. erogazioni) x 100	100%	100%	100%	Gestione beni farmaceutici, ausili sanitari e gestione delle emergenze e catastrofi
Assistenza Farmaceutica	Assistenza Farmaceutica	Garantire la produzione galenica tempestiva e conforme alle specifiche richieste terapeutiche	Percentuale di preparazioni galeniche rispetto alle richieste	(N. preparazioni / N.richieste) x 100	100%	100%	100%	Gestione beni farmaceutici, ausili sanitari e gestione delle emergenze e catastrofi
Assistenza Farmaceutica	Efficienza operativa	In collaborazione con la SC Farmacia Territoriale e Farmacia Ospedaliera trasmissione all'Area Gestione del Patrimonio dell'elenco dei Fabbisogni e dei capitolati di gara da avviare secondo quanto programmato	% documentazione inviata	(Totale documentazione inviata /Totale dei Fabbisogni e dei capitolati di gara programmati) x 100	100%	100%	100%	Gestione beni farmaceutici, ausili sanitari e gestione delle emergenze e catastrofi
Assistenza Farmaceutica	Assistenza Farmaceutica	In collaborazione con la centrale operativa 118 e i Dipartimento di Emergenza, definizione di un prontuario di farmaci e dispositivi da utilizzare in tutte le postazioni e verifica delle linee guida ufficiali	% di farmaci e dispositivi presenti rispetto al prontuario	(N. farmaci e dispositivi presenti / N. farmaci e dispositivi previsti da prontuario) x 100	100%	100%	100%	Gestione beni farmaceutici, ausili sanitari e gestione delle emergenze e catastrofi
Assistenza Farmaceutica	Assistenza Farmaceutica	Monitoraggio utilizzo biosimilari per singolo PO	Percentuale utilizzo farmaci biosimilari rispetto a farmaci originator	utilizzo farmaci biosimilari/farmaci originator	100%	100%	100%	Servizio Farmaceutico Ospedaliero
Assistenza Farmaceutica	Assistenza Farmaceutica	Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di potassio: rispetto della nuova procedura aziendale (DDG n.1833 del 20/12/2024)	Implementazione Raccomandazione Ministeriale n.1	n. verifiche effettuate/ n. reparti ospedalieri	100%	100%	100%	Servizio Farmaceutico Ospedaliero
Assistenza Farmaceutica	Dispositivi medici	Contenimento della spesa di farmaci e dispositivi	Monitoraggio continuo ed incontri almeno trimestrali con le UU. OO. sull'andamento della spesa per beni sanitari al fine di razionalizzare il consumo per il rispetto dei tetti di spesa regionali	n. incontri	≥ 4	≥ 5	≥ 6	Servizio Farmaceutico Ospedaliero
Assistenza Farmaceutica	Assistenza Farmaceutica	Ispezioni nei reparti	Effettuare almeno 1 ispezione all'anno per il controllo degli armadi farmaceutici di reparto	n. ispezioni/ n. reparti	100%	100%	100%	Servizio Farmaceutico Ospedaliero
Assistenza Farmaceutica	Primo ciclo di terapia	Incremento della prescrizione del primo ciclo di terapia con farmaci di fascia A presenti nel Piano Terapeutico aziendale a seguito di dimissione ospedaliera o visita ambulatoriale	Percentuale di pazienti che, a seguito di dimissione ospedaliera o visita ambulatoriale, ricevono la prescrizione del primo ciclo terapeutico con farmaci di fascia A.	Numero di pazienti con prescrizione del primo ciclo terapeutico/Numero totale di pazienti dimessi o con visita ambulatoriale/x100	≥50% rispetto all'anno precedente	≥30% rispetto all'anno precedente	≥30% rispetto all'anno precedente	SS.CC. Ospedaliero di ricovero
Assistenza Farmaceutica	Primo ciclo di terapia	Protocollo operativo ed elaborazione procedura volta all'Incremento della Distribuzione Diretta del primo ciclo terapeutico con farmaci di fascia A a seguito di dimissione ospedaliera o visita ambulatoriale	Percentuale di pazienti che, a seguito di dimissione ospedaliera o visita ambulatoriale, ricevono la distribuzione diretta del primo ciclo terapeutico con farmaci di fascia A.	Numero di pazienti con distribuzione diretta del primo ciclo terapeutico/Numero totale di pazienti dimessi o con visita ambulatoriale/x100	≥90%	≥90%	≥90%	Servizio Farmaceutico ospedaliero
Assistenza Farmaceutica	Efficienza Operativa	Creazione di un registro delle Protesi Utilizzate	Percentuale di protesi registrate	N. protesi registrate/N. protesi erogate) x 100	100% protesi erogate	100% protesi erogate	100% protesi erogate	Distretti socio-sanitari
Assistenza Farmaceutica	Efficienza Operativa	Gestione a scorta di tutti i farmaci e dispositivi ad alto costo destinati alle Farmacie Territoriali e ospedaliero al fine di ottimizzare le risorse	%di farmaci e dispositivi gestiti a scorta rispetto alla giacenza totale dei magazzini	(N. farmaci e dispositivi gestiti a scorta / giacenza totale dei magazzini) x 100	60%	60%	60%	Gestione beni farmaceutici, ausili sanitari e gestione delle emergenze e catastrofi
Assistenza Farmaceutica	Efficienza Operativa	Centralizzazione delle procedure d'acquisto e liquidazione in accordo con la SC di Farmacia Territoriale per acquisti diretti (Consumi Interni e Distribuzione Diretta)	N. ordini ricevuti / N. liquidazioni	(N. ordini ricevuti / N. liquidazioni) x100	100%	100%	100%	Gestione beni farmaceutici, ausili sanitari e gestione delle emergenze e catastrofi
Assistenza ospedaliera	Appropriatezza e Qualità	Implementazione del numero di ricoveri di pazienti provenienti da altre ASL della Regione	N° ricoveri pz provenienti da altre ASL della Regione/ n° ricoveri	N. ricoveri pz di altre ASL della Regione/ n. ricoveri) x 100	2%	2%	2%	SPDC
Assistenza ospedaliera	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 D.I.P.	N° ricoveri pz minori/ n° ricoveri	(N° ricoveri pz minori/ n° ricoveri) x 100	1%	1%	1%	SPDC
Assistenza Ospedaliera	Qualificazione assistenza ospedaliera	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 rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di appropriatezza in regime ordinario (Cod. H04Z D.M. 12/03/2019)	N. dimissioni attribuite ai 108 DRG ad alto rischio di inappropriatezza secondo Patto della Salute 2010-2012 in degenza ordinaria per acuti con DRG "inappropriato"/N. dimissioni non attribuite ai 108 DRG ad alto rischio di inappropriatezza in degenza ordinaria per acuti con DRG non "inappropriato"	se entro soglia (0,21), trend stabile o in diminuzione rispetto all'anno precedente	se entro soglia (0,21), trend stabile o in diminuzione rispetto all'anno precedente	se entro soglia (0,21), trend stabile o in diminuzione rispetto all'anno precedente	SS.CC Ospedaliero di ricovero

Assistenza Ospedaliera	Qualificazione assistenza ospedaliera	Colecistectomie laparoscopiche	ricoveri con degenza post-operatoria < 3 giorni (Cod. H05Z)	(Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica e degenza post operatoria entro 3 giorni/Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica) x 100	>75%	>75%	>75%	SS.CC. Chirurgia Generale
Assistenza Ospedaliera	Qualificazione assistenza ospedaliera	Riduzione dei ricoveri inappropriati favorendo il giusto setting assistenziale senza compromettere lo stato di salute del paziente	Percentuale dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico sul totale delle dimissioni in regime ordinario da reparti chirurgici	(N. di dimissioni con DRG medico/ totale delle dimissioni) x 100	<26,65 %	<26,65 %	<26,65 %	SS.CC. Area Chirurgica
Assistenza Ospedaliera		Riduzione di ricoveri ripetuti con stessa MDC entro 30 giorni dalla dimissione (NSG H12C)	% di ricoveri ripetuti entro 30 giorni	N. ricoveri ripetuti dei dimessi dal 1 gennaio al 30 novembre entro 30 giorni con stessa MDC /N. ricoveri dal 1 gennaio al 30 novembre	≤ 8%	≤ 8%	≤ 8%	Medicina interna P.O.San Severo
Assistenza Ospedaliera		Efficienza nell'erogazione/Adeguatezza organizzativa	Ottimizzazione durata degenza media in Lungodegenza	∑ gg degenza/∑ dimessi	≤ 20 giorni	≤ 20 giorni	≤ 20 giorni	SS. CC. Medicina interna PP.OO.
Assistenza Ospedaliera	Qualificazione assistenza ospedaliera	Efficienza nell'erogazione/Adeguatezza organizzativa	Degenza media pre-operatoria	∑ gg pre op/∑ dimessi	se entro soglia (1,64), trend stabile o in diminuzione rispetto all'anno precedente	se entro soglia (1,64), trend stabile o in diminuzione rispetto all'anno precedente	se entro soglia (1,64), trend stabile o in diminuzione rispetto all'anno precedente	SS.CC. Area Chirurgica
Assistenza Ospedaliera	Qualificazione assistenza ospedaliera	Efficienza nell'erogazione/Adeguatezza organizzativa	Percentuale ricoveri diurni di tipo diagnostico sul totale dei ricoveri diurni con DRG medico	(∑ dimessi DH medici diagnostici/∑ DH medici)*100	se entro soglia (≤35,25%) trend stabile o in diminuzione rispetto all'anno precedente	se entro soglia (≤35,25%) trend stabile o in diminuzione rispetto all'anno precedente	se entro soglia (≤35,25%) trend stabile o in diminuzione rispetto all'anno precedente	SS.CC Area . Medica PP.OO.
Assistenza Ospedaliera	Qualificazione assistenza ospedaliera	Riduzione infezioni nosocomiali	Percentuale infezioni nosocomiali	(N. infezioni / Totale pazienti ricoverati) x100	≤ 2%	≤ 2%	≤ 2%	Medicina interna San Severo
Assistenza Ospedaliera	Qualificazione assistenza ospedaliera	Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario.	% 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)	(Numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore in cui il paziente sia stato operato entro 2 giorni / Numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore) x 100	se entro soglia (60%)trend in aumento rispetto all'anno precedente	se entro soglia (60%)trend in aumento rispetto all'anno precedente	se entro soglia (60%)trend in aumento rispetto all'anno precedente	SS.CC. Ortopedia e traumatologia
Assistenza Ospedaliera	Qualificazione assistenza ospedaliera	Efficacia/Adeguatezza clinica/Sicurezza	Percentuale parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti/anno	(numero di parti cesarei primari/numero parti con nessun pregresso cesareo)x100	□ 15%	□ 15%	□ 15%	SS.CC. Ginecologia ed ostetricia
Assistenza Ospedaliera	Qualificazione assistenza ospedaliera	Garantire attività chirurgica nei 3 PP.OO. della ASL Foggia	Incremento delle sedute operatorie	n. dati e documenti caricati/n. dati e documenti da caricare	numero sedute totale tra i 3 presidi >=320	numero sedute totale tra i 3 presidi >=320	numero sedute totale tra i 3 presidi >=320	Oftalmologia-Cerignola
Assistenza Ospedaliera	Qualificazione assistenza ospedaliera	Integrazione Ospedale-Territorio	Creazione di percorsi preferenziali per i pazienti visitati sul territorio che necessitano di interventi chirurgici		N. 3 incontri con i gli specialisti ambulatoriali	N. 3 incontri con i gli specialisti ambulatoriali	N. 3 incontri con i gli specialisti ambulatoriali	Oftalmologia-Cerignola
Assistenza Ospedaliera	Qualificazione assistenza ospedaliera	Attivazione e gestione Protocollo Terapia Integrata per il trattamento della rinite polipoide iperplastica con farmaco biologico	Regressione del quadro clinico con riduzione SNOT 22<50 e NPS <5	Pazienti con riduzione SNOT 22<50 e NPS <5/ pazienti trattati	> 85%	> 85%	> 85%	S.C.Otorinolaringoiatria - Cerignola
Assistenza Ospedaliera	Implementazione rete ospedaliera secondo disposizioni regionali	Monitoraggio posti letto definiti dal R.R. n. 14/2020	Monitoraggio mensile	n. 12 report	Trasmissione mensile (entro il 15 del mese successivo) alla Direzione sanitaria aziendale e al Controllo di Gestione del n. posti letto divisi per reparto	Trasmissione mensile (entro il 15 del mese successivo) alla Direzione sanitaria aziendale e al Controllo di Gestione del n. posti letto divisi per reparto	Trasmissione mensile (entro il 15 del mese successivo) alla Direzione sanitaria aziendale e al Controllo di Gestione del n. posti letto divisi per reparto	Direzioni Mediche dei PP.OO.
Assistenza Ospedaliera		Rispetto delle disposizioni in materia di rete ospedaliera e attuazione regolamento di riordino	Adeguamento della rete ospedaliera alle disposizioni regionali		si/no	si/no	si/no	Direzioni Mediche dei PP.OO.
Assistenza Ospedaliera	Appropriatezza e Qualità	Ricerca e individuare le situazioni di potenziale inappropriata 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 (Tab.1 e Tab.2 da inviare)	Report	n° 4 report	n° 4 report	n° 4 report	UVARP
Assistenza Ospedaliera	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	Compilazione del modulo di richiesta	Corretta compilazione modulo richiesta E-U/Totale richieste	≥ 95%	≥ 95%	≥ 95%	SS.CC. Anestesia e SS.CC. Area chirurgica
Assistenza Ospedaliera	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	monitoraggio dell'applicazione della procedura semestralmente da parte dei Direttori Sanitari di Presidio.	N. moduli verificati/N. totale moduli richiesta E-U/ compilati	≥ 95%	≥ 95%	≥ 95%	Direzioni Mediche dei PP.OO.
Assistenza Ospedaliera	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	Percentuale interventi chirurgici rinviati	n. di pazienti chirurgici rinviati nell'anno / n. di pazienti chirurgici ricoverati	≤ 5% rispetto all'anno precedente	≤ 5% rispetto all'anno precedente	≤ 5% rispetto all'anno precedente	SS.CC. Anestesia e Rianimazione
Assistenza Ospedaliera	Appropriatezza e Qualità	Indicazione e prescrizione sulla cartella anestesiológica di terapie per il controllo del dolore post-operatorio	Percentuale di cartelle anestesiológicas di terapie per il controllo del dolore post-operatorio che riportano la prescrizione	(N. cartelle conformi/ n. cartelle controllate)	≥ 95%	≥ 95%	≥ 95%	SS.CC. Anestesia e Rianimazione
Assistenza Ospedaliera	Appropriatezza e Qualità	Monitoraggio dell'attività svolta dai medici anestesisti convenzionati	Relazione mensile da trasmettere alla Direzione Strategica e al Controllo di gestione entro il 10 del mese successivo	NUMERO DI REPORT INOLTREATI ENTRO I TEMPI PREVISTI / N. REPORT	100%	100%	100%	SS.CC Anestesia e Rianimazione
Assistenza Ospedaliera	Appropriatezza e Qualità	Posizionamento PICC (catetere venoso centrale ad inserzione periferica) e dei sistemi di accesso vascolare.	n. di posizionamenti dei PICC e dei sistemi di accesso vascolare ai pazienti e alle strutture richiedenti	n. posizionamenti/n. richieste da altri reparti	eseguire ≥ 90% delle richieste	eseguire ≥ 90% delle richieste	eseguire ≥ 90% delle richieste	Anestesia e Rianimazione

Assistenza Ospedaliera	Appropriatezza e Qualità	Libero accesso dei PLS e dei servizi territoriali per una migliore integrazione delle cure, con particolare riferimento alla domanda di diagnostica strumentale e di Day Service	aumento dei Day Service e collaborazione con i PDL pediatri di libera scelta	n. Day Service	> 10 % dei Day Service rispetto all'anno precedente	> 10 % dei Day Service rispetto all'anno precedente	> 10 % dei Day Service rispetto all'anno precedente	Pediatria Cerignola
Assistenza Ospedaliera	Appropriatezza e Qualità	Collaborazione con i centri di riferimento (apposite linee guida comuni dovrebbero essere concordate preliminarmente) nella gestione di bambini con patologia complessa, concordando con gli stessi l'eventuale trasferimento	Predisposizioni di PDTA comuni per la gestione delle patologie complesse in loco		almeno 1 PDTA	almeno 1 PDTA	almeno 1 PDTA	Pediatria Cerignola
Assistenza Ospedaliera	Appropriatezza e Qualità	Adesione al programma regionale di screening neonatale esteso in Collaborazione con il centro di screening della Regione Puglia e dell'U.C. di Genetica Medica dell'Ospedale Di Venere Bari	In caso di positività richiamo del neonato al fine di eseguire ulteriori accertamenti per la conferma diagnostica e la presa in carico.	N. neonati sottoposti allo screening/ n. neonati	100%	100%	100%	Pediatria PP.OO.
Assistenza Ospedaliera	Efficienza nell'erogazione	Attività trasfusionali (autosufficienza emocomponenti driver - globuli rossi, GR; autosufficienza di emoderivati - immunoglobuline, Fattore VIII, Fattore IX, albumina)	Autosufficienza di emocomponenti driver (globuli rossi, GR)	(N° unità GR prodotte/N° Unità GR programmate) x100	≤3%	≤3%	≤3%	Centro Trasfusionale PP.OO:
Assistenza Ospedaliera	Efficienza nell'erogazione	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.	appropriatezza richieste	N. non conformità/ N. richieste	<10%	<10%	<10%	Centro Trasfusionale PP.OO:
Assistenza Ospedaliera	Appropriatezza e Qualità	Collaborare con le attività delle associazioni donatori sangue in particolare per campagne di promozione alla donazione	N. di donazioni ed eventi		almeno 2 eventi	almeno 2 eventi	almeno 2 eventi	Centro Trasfusionale PP.OO:
Assistenza Ospedaliera	Efficienza nell'erogazione	Gestione terapia trasfusionale di supporto per pazienti anemici cronici	N. pazienti anemici/ N. Richieste	(n. pazienti anemici/ n. richieste) x 100	>85%	>85%	>85%	Centro Trasfusionale P.O. San Severo
Assistenza Ospedaliera	Efficienza nell'erogazione	Gestione del paziente in terapia anticoagulante	Numero pazienti/Numero richieste	(N. pazienti/N. richieste) x100	>85%	>85%	>85%	Centro Trasfusionale P.O.Manfredonia e San Severo
Assistenza Ospedaliera	Efficienza nell'erogazione	Gestione Salasso Terapia	N. pazienti gestiti / N. Richieste pazienti	(N. pazienti gestiti / N. Richieste pazienti) x 100	>85%	>85%	>85%	Centro Trasfusionale PP.OO:
Assistenza Ospedaliera	Appropriatezza e Qualità	Gestione delle procedure endoscopiche in sedazione cosciente	Esami in sedazione	n° esami in sedazione/n° esami	≥70%	≥70%	≥70%	Endoscopia Digestiva
Assistenza Ospedaliera	Appropriatezza e Qualità	Miglioramento della gestione delle procedure endoscopiche	Percentuale di raggiungimento del colon-cieco	N- esami raggiungimento del colon-cieco/ Totale colonscopia	≥90%	≥90%	≥90%	Endoscopia Digestiva
Assistenza Ospedaliera	Appropriatezza e Qualità	Valutazione periodica della qualità Centro di Endoscopia digestiva ottenuto mediante l'adenoma Detection rate (ADR)	Report semestrale		n°2 report (da trasmettere entro il 15luglio e il 15 gennaio)	n°2 report (da trasmettere entro il 15luglio e il 15 gennaio)	n°2 report (da trasmettere entro il 15luglio e il 15 gennaio)	Endoscopia Digestiva
Assistenza Ospedaliera	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)		entro 2 ore	entro 2 ore	entro 2 ore	Laboratori Analisi
Assistenza Ospedaliera	Appropriatezza e Qualità	Miglioramento attività di "filtro".	Riduzione del tasso di ricovero privilegiando altri setting assistenziali più appropriati	(N. pazienti ricoverati / Totale accessi PS) x 100	<10% (IDato medio Regione Puglia MES)	<10% (IDato medio Regione Puglia MES)	<10% (IDato medio Regione Puglia MES)	Medicina e Chirurgia d'Accettazione e urgenza PP.OO.
Assistenza Ospedaliera	Appropriatezza e Qualità	Riduzione abbandoni PS	% abbandoni PS	(N. abbandoni PS/ Totale accessi PS) x 100	≥10% Valore obiettivo 0% >3% valore obiettivo 50%≤3% Valore obiettivo 100%;	≥10% Valore obiettivo 0% >3% valore obiettivo 50%≤3% Valore obiettivo 100%;	≥10% Valore obiettivo 0% >3% valore obiettivo 50%≤3% Valore obiettivo 100%;	Medicina e Chirurgia d'Accettazione e urgenza PP.OO.
Assistenza Ospedaliera	Appropriatezza e Qualità	Ottimizzazione triage iniziale	percentuale triage entro 5 min.	(Triage entro 5 min / Totale accessi PS) x 100	≥ 98%	≥ 98%	≥ 98%	Medicina e Chirurgia d'Accettazione e urgenza PP.OO.
Assistenza Ospedaliera	Appropriatezza e Qualità	Riduzione riammissioni entro 72 ore	Percentuale riammissioni entro 72 ore	(N. riammissioni entro 72 ore / Totale accessi PS) x 100	≤ 5%	≤ 5%	≤ 5%	Medicina e Chirurgia d'Accettazione e urgenza PP.OO.
Assistenza Ospedaliera	Appropriatezza e Qualità	Miglioramento gestione codici rossi	percentuale interventi entro 15 minuti	(Interventi codici rossi < 15 min / Totale codici rossi) x 100	≥ 95%	≥ 95%	≥ 95%	Medicina e Chirurgia d'Accettazione e urgenza PP.OO.
Assistenza Ospedaliera	Appropriatezza e Qualità	Riduzione permanenza oltre 48 ore	permanenza media oltre 48 ore	(N. accessi >48 ore / Totale accessi PS) x 100	≤5%	≤5%	≤5%	Medicina e Chirurgia d'Accettazione e urgenza PP.OO.
Assistenza Ospedaliera	Appropriatezza e Qualità	Riduzione attese codici verdi	Tempo medio di attesa dei codici verdi	(Totale tempo di attesa codici verdi / N. accessi codici verdi)	≤ 30 min.	≤ 30 min.	≤ 30 min.	Medicina e Chirurgia d'Accettazione e urgenza PP.OO.
Assistenza Ospedaliera	Appropriatezza e Qualità	Riduzione tempi di esecuzione, refertazione e consegna degli esami per pazienti interni ed esterni	entro 48 ore paz. Interni entro 10 gg paz. Esterni	n. referti nei tempi/ totale referti	≥95%	≥95%	≥95%	Radiologie PP.OO.
Assistenza ospedaliera	Appropriatezza e Qualità	Miglioramento appropriatezza organizzativa chirurgica	Ottimizzazione del tasso operati/dimessi. chirurgica	(N. pazienti operati/ N. pazienti dimessi) x 100	Tasso operati/dimessi >70%.	Tasso operati/dimessi >70%.	Tasso operati/dimessi >70%.	SS.CC. Ospedaliere Chirurgiche

Assistenza Ospedaliera	Appropriatezza e Qualità	Valutazione qualità degli interventi chirurgici	Peso medio DRG chirurgici	$\sum P_i/N$	1,2 per i presidi di I livello / 0,9 ospedali di base	1,2 per i presidi di I livello / 0,9 ospedali di base	1,2 per i presidi di I livello / 0,9 ospedali di base	SS.CC. Ospedaliere Chirurgiche
Assistenza Ospedaliera	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	n.pazienti trattati >n. pazienti trattati anno precedente	+10%	+10%	+10%	S.C. Urologia
Assistenza Ospedaliera	Appropriatezza e Qualità	Aumentare il tasso di avvio all'allattamento al seno	Percentuale di neonati allattati esclusivamente al seno entro le prime 24 ore	n. neonati allattati al seno/ n. neonati	>80%	>80%	>80%	SS.CC. Ginecologia ed ostetricia
Assistenza Ospedaliera	Efficienza organizzativa	Predisposizione di una procedura per la verifica della documentazione sanitaria da parte di assicurazioni e agenzie investigative e rilascio copie documentazioni sanitaria all'Autorità Giudiziaria	Stesura procedura e diffusione all'interno degli uffici preposti della Direzione Sanitaria		SI/NO	SI/NO	SI/NO	Direzione Medica- Manfredonia
Assistenza Ospedaliera	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.		Report trimestrale da trasmettere entro del mese successivo al trimestre	Report trimestrale da trasmettere entro del mese successivo al trimestre	Report trimestrale da trasmettere entro del mese successivo al trimestre	Direzioni Mediche dei PP.OO.
Assistenza Ospedaliera	Appropriatezza e Qualità	Incremento Day Hospital	Incremento rispetto all'anno precedente	day hospital anno in corso >day hospital anno precedente	>100%	>100%	>100%	Gastroenterologia
Assistenza Ospedaliera	Appropriatezza e Qualità	Posizionamento accessi vascolari a pazienti afferenti al DH di Oncologia e loro gestione - disponibilità all'impianto di device vascolari a struttura residenziale del distretto in particolare all'Hospice di Torremaggiore.	N. Posizionamenti accessi vascolari per pazienti oncologici	N. posizionamenti accessi / n. richieste	100% pazienti DH e + 5% rispetto all'anno precedente pazienti Hospice Torremaggiore	100% pazienti DH e + 5% rispetto all'anno precedente pazienti Hospice Torremaggiore	100% pazienti DH e + 5% rispetto all'anno precedente pazienti Hospice Torremaggiore	SSD Oncologia
Assistenza Ospedaliera	Qualificazione assistenza ospedaliera	Riduzione tempi di attesa per le visite a pazienti da sottoporre a trattamento chemioterapico entro 7 gg dalla richiesta e pazienti afferenti al C.Or.O entro 48-72 ore dalla richiesta	Riduzione dei tempi di attesa a pazienti in attesa di trattamento chemioterapico e per la diagnosi precoce a pazienti afferenti al C.Or.O		per le visite a pazienti da sottoporre a trattamento chemioterapico entro 7 gg dalla richiesta e pazienti afferenti al C.Or.O entro 48-72 ore dalla richiesta	per le visite a pazienti da sottoporre a trattamento chemioterapico entro 7 gg dalla richiesta e pazienti afferenti al C.Or.O entro 48-72 ore dalla richiesta	per le visite a pazienti da sottoporre a trattamento chemioterapico entro 7 gg dalla richiesta e pazienti afferenti al C.Or.O entro 48-72 ore dalla richiesta	SSD Oncologia
Assistenza Ospedaliera	Appropriatezza e Qualità	Ambulatorio di Simultaneous Care incremento >5% delle prestazioni rispetto al precedente e gestione eventi avversi	Incremento delle prestazioni rispetto al precedente e gestione eventi avversi	(N. prestazioni in tale ambulatorio/ Totale prestazioni) x 100	+5% rispetto all'anno precedente	+5% rispetto all'anno precedente	+5% rispetto all'anno precedente	SSD Oncologia
Assistenza Ospedaliera	Appropriatezza e Qualità	Assicurare ed aumentare la diagnostica e trattamento dei pazineti affetti da OSAS	Incremento PAC: PCB.19-PCB.20-PCB42		≥8 % rispetto all'anno precedente	≥8 % rispetto all'anno precedente	≥8 % rispetto all'anno precedente	S.C. Malattie Apparato Respiratorio
Assistenza Ospedaliera	Appropriatezza e Qualità	riabilitazione respiratoria ambulatoriale	Implementazione delle prestazioni di esercizi respiratori	n. esercizi respiratori anno corrente >n. esercizi respiratori anno precedente	≥8 % rispetto all'anno precedente	≥8 % rispetto all'anno precedente	≥8 % rispetto all'anno precedente	S.C. Malattie Apparato Respiratorio
Assistenza Ospedaliera	Appropriatezza e Qualità	Implementazione diagnostica pneumologica	Incremento PAC: PAC0E56001-PAC0E		≥8 % rispetto all'anno precedente	≥8 % rispetto all'anno precedente	≥8 % rispetto all'anno precedente	S.C. Malattie Apparato Respiratorio
Assistenza Ospedaliera	Appropriatezza e Qualità	Follow-up ravvicinato di pazienti in predialisi (MRCV stadio K-DOQUI)	Incremento dell'attività ambulatoriale per pazienti uremici da avviare al trattamento sostitutivo (emodialitico, peritoneale, trapianto)	N. prestazioni anno corrente >n. prestazioni anno precedente	>10% rispetto all'anno precedente	>10% rispetto all'anno precedente	>10% rispetto all'anno precedente	SSD Nefrologia e Dialisi
Assistenza Ospedaliera	Appropriatezza e Qualità	Prosecuzione attività di ambulatorio dedicato ed incremento dei Day-Service (PAC 71, PAC 74, PCB26) come da normativa regionale	Incremento dei PAC 71, PAC 74; PCB26		>10% rispetto all'anno precedente	>10% rispetto all'anno precedente	>10% rispetto all'anno precedente	SSD Nefrologia e Dialisi
Assistenza Ospedaliera	Appropriatezza e Qualità	Controllo della qualità sulla corretta compilazione delle cartelle cliniche / infermieristiche secondo apposita check list	Controllo del 10% delle cartelle cliniche dei dimessi di ogni reparto e trasmissione di specifica relazione ai primari sulle eccezioni riscontrate	n. cartelle cliniche controllate/totale cartelle cliche	Report trimestrale Direttori SC e Controllo di Gestione	Report trimestrale Direttori SC e Controllo di Gestione	Report trimestrale Direttori SC e Controllo di Gestione	Direzioni Mediche dei PP.OO.
Assistenza Ospedaliera	Appropriatezza e Qualità	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.	Aggiornamento trimestrale da trasmettere alla Direzione e al Controllo di Gestione entro il mese successivo al trimestre		si/no	si/no	si/no	Statistica ed Epidemiologia
Assistenza Ospedaliera	Qualificazione assistenza ospedaliera	Sviluppo di attività di cardiologia	incremento esami cardio-TC/cardio-RM pz ricoverati	n. prestazioni anno corrente ≥ n. prestazioni anno precedente	≥5% rispetto all'anno precedente	≥5% rispetto all'anno precedente	≥5% rispetto all'anno precedente	
Assistenza Ospedaliera	Qualificazione assistenza ospedaliera	Trattamento dell'infarto del miocardio acuto	Proporzione di angioplastica coronarica percutanea entro 90 minuti dall'accesso in pazienti con infarto miocardico - STEMI in fase acuta- Protocollo 621 PNE (DM 70/2015)	n. pazienti tattati entro 90 minuti/ n. pazienti infartuati	100%	544%	100%	S.C. Cardiologia P.O. San Severo
Assistenza Ospedaliera	Appropriatezza e Qualità	Collaborazione con il Dipartimento di Dipendenze Patologiche per la gestione delle doppie diagnosi.	Almeno un contatto tra servizi durante il ricovero ed alla dimissione del paziente	n. casi pazienti per cui si è contattato il Dip. Patologiche/ n. pazienti con doppia diagnosi	≥80%	≥80%	≥80%	SPDC
Assistenza residenziale e semiresidenziale	Qualificazione assistenza residenziale e semiresidenziale	Monitoraggio qualità nelle strutture residenziali e semiresidenziali provinciali da parte di una delegazione del DDP	Percentuale di strutture con audit semestrali del DDP	n. strutture co audit/ totale strutture	> 90%	> 90%	> 90%	Dipartimento Dipendenze Patologiche

Assistenza territoriale	Appropriatezza e Qualità	Governo delle liste e tempi di attesa	Riduzione dei tempi d'attesa per i II livelli		-<28g	-<28g	-<28g	Senologia Territoriale
Assistenza territoriale	Efficienza operativa	Mantenimento dell'offerta di diagnostica senologica	N, prestazioni erogate nell'anno = n. prestazioni erogate nell'anno precedente	N, prestazioni erogate nell'anno = n. prestazioni erogate nell'anno precedente	si/no	si/no	si/no	Senologia Territoriale
Assistenza territoriale	Qualificazione assistenza territoriale	Screening neonatale displasia delle anche	Incremento prestazioni rispetto all'anno precedente in rapporto al numero dei radiologi	n prestazioni / n. Radiologi	>10% rispetto all'anno precedente	>10% rispetto all'anno precedente	>10% rispetto all'anno precedente	Radiologie PP.OO.
Assistenza territoriale	Efficienza Operativa	Implementazione Tac /Rmn per pazienti oncologici	Incremento prestazioni proporzionale al numero di radiologi in servizio.	n prestazioni / n. Radiologi	>10% rispetto all'anno precedente	>10% rispetto all'anno precedente	>10% rispetto all'anno precedente	Radiologie PP. OO.
Assistenza territoriale	Efficienza organizzativa	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.	Report		Report trimestrali	Report trimestrali	Report trimestrali	Coordinamento Emergenza-Urgenza
Assistenza territoriale	Efficienza Organizzativa	Miglioramento qualità e appropriatezza area Emergenza-Urgenza	Intervallo allarme - Target dei mezzi di Soccorso.		8-15 min nei centri urbani 15-20min nei centri extraurbani	8-15 min nei centri urbani 15-20min nei centri extraurbani	8-15 min nei centri urbani 15-20min nei centri extraurbani	Coordinamento Emergenza-Urgenza
Assistenza territoriale	Appropriatezza e Qualità	Monitoraggio delle strutture psichiatriche riabilitative previste dal reg. Regionale 7/2002	Aggiornamento del registro delle strutture presso le quali sono presenti utenti provenienti dal proprio ambito territoriale con annotazione della data in cui si sono effettuate le verifiche previste, con cadenza almeno semestrale, verbalizzate.	Verbalì	almeno n. 2 verbali per struttura	almeno n. 2 verbali per struttura	almeno n. 2 verbali per struttura	Dipartimento Salute Mentale
Assistenza territoriale	Appropriatezza e Qualità	istituzione di ambulatorio di neuro-psicologia oncologica	Prevenzione-diagnosi precoce con invio allo specialista dei disturbi cognitivi connessi all'insorgenza della patologia oncologica e dei trattamenti correlati		SI/NO	SI/NO	SI/NO	SSD Oncologia
Assistenza territoriale	Appropriatezza e Qualità	Presa in carico di famigliari e minori di pazienti affetti da neoplasia in trattamento chemioterapico e/o follow-up .	Consulenze psicologiche oltre che presso la struttura anche in strutture residenziali di cure palliative :Hospice Torremaggiore		SI/NO	SI/NO	SI/NO	SSD Oncologia
Assistenza territoriale	Appropriatezza e Qualità	istituzione di gruppi di psicoterapia per pazienti oncologici	Supporto psiconcologico per miglioramento della compliance al trattamento chemioterapico/elaborazione dei vissuti relativi alla malattia oncologica sia nelle fasi di trattamento che di controllo		SI/NO	SI/NO	SI/NO	SSD Oncologia
Assistenza territoriale	Efficienza operativa	Interventi con elisoccorso	Rendicontazione semestrale del numero di interventi	n. report	n. 2 report semestrali con l'indicazione degli interventi (entro il 31 luglio e il 31 gennaio)	n. 2 report semestrali con l'indicazione degli interventi (entro il 31 luglio e il 31 gennaio)	n. 2 report semestrali con l'indicazione degli interventi (entro il 31 luglio e il 31 gennaio)	Coordinamento Emergenza-Urgenza
Assistenza territoriale	Qualificazione assistenza territoriale	Mantenimento/potenziamento assistenza psichiatrica erogata in base al personale realmente in servizio.	N. di prestazioni erogate nel 2025 rispetto all'anno precedente	N. prestazioni erogate/N. operatori	N. prestazioni erogate nell'anno/numero operatori≥N. prestazioni erogate nell'annoprecedente/numero operatori	N. prestazioni erogate nell'anno/numero operatori≥N. prestazioni erogate nell'annoprecedente/numero operatori	N. prestazioni erogate nell'anno/numero operatori≥N. prestazioni erogate nell'annoprecedente/numero operatori	Dipartimento Salute Mentale
Assistenza territoriale	Qualificazione assistenza territoriale	Monitoraggio continuo delle strutture	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 volto alla dimissione fino al 5% dei pazienti che hanno superato i 36 mesi di ricovero presso strutture riabilitative	n. pazienti dimessi ricoverati da oltre 36 mesi / totale pazienti ricoverati oltre 36 mesi	dimissione fino al 5% dei pazienti che hanno superato i 36 mesi di ricovero presso strutture riabilitative. < 1%=0% dal 2 al 4% =50% >5%=100%	dimissione fino al 5% dei pazienti che hanno superato i 36 mesi di ricovero presso strutture riabilitative. < 1%=0% dal 2 al 4% =50% >5%=100%	dimissione fino al 5% dei pazienti che hanno superato i 36 mesi di ricovero presso strutture riabilitative. < 1%=0% dal 2 al 4% =50% >5%=100%	Dipartimento Salute Mentale
Assistenza territoriale	Aspetti Economico Finanziari	Monitoraggio delle strutture psichiatriche riabilitative previste dal reg. Regionale 7/2002	Rispetto del fondo di remunerazione assegnato con DGR salvo inserimenti disposti dall'Autorità giudiziaria nella fase di prosecuzione del percorso riabilitativo dopo la sospensione della misura cautelare.		spesa anno ≤ fondo di remunerazione assegnato con DGR	spesa anno ≤ fondo di remunerazione assegnato con DGR	spesa anno ≤ fondo di remunerazione assegnato con DGR	Dipartimento Salute Mentale
Assistenza territoriale	Aspetti Economico Finanziari	Monitoraggio delle strutture dedicate alle Dipendenze patologiche R.R. n. 10/2017 e s.m.i.	Rispetto del fondo di remunerazione assegnato con DGR		spesa anno ≤ fondo di remunerazione assegnato con DGR	spesa anno ≤ fondo di remunerazione assegnato con DGR	spesa anno ≤ fondo di remunerazione assegnato con DGR	Dipartimento Dipendenze Patologiche
Assistenza territoriale	Appropriatezza e Qualità	Riduzione del numero dei ricoveri ripetuti (revolving door) rispetto all'anno precedente.	N° ricoveri "revolving door"/ numero ricoveri	N. ricoveri "revolving door"/ N. totale ricoveri nell'anno comparato al N. ricoveri revolving door/ n. totale ricoveri nell'anno precedente	Riduzione rispetto all'anno precedente	Riduzione rispetto all'anno precedente	Riduzione rispetto all'anno precedente	Dipartimento Salute Mentale
Assistenza territoriale	Efficienza operativa	Collaborazione tra Dipartimento delle Dipendenze Patologiche, Dipartimento Salute Mentale, Coordinamento emergenza -urgenza, Medicina e chirurgia d'urgenza volto all'adozione di un protocollo unico sul TSO	Approvazione ed attuazione di un protocollo	(n. casi con attuazione del protocollo unico/ Totale casi) x100	90%	90%	90%	Coordinamento emergenza-urgenza, Medicina e chirurgia d'urgenza
Assistenza territoriale	Qualificazione assistenza territoriale	Incremento dell'utilizzo delle macchine fisioterapiche per prestazioni mediche (onde d'urto, laser terapia) al fine della riduzione della spesa farmaceutica	Diminuzione spesa farmaceutica	spesa farmaceutica anno corrente <spesa farmaceutica anno precedente	<50%	<50%	<50%	Dipartimento di Riabilitazione
Assistenza territoriale	Qualificazione assistenza territoriale	promozione della salute della donna (riabilitazione del pavimento pelvico)	aumento della appropriatezza dei trattamenti e riduzione della lista di attesa		≤180g valore obiettivo 100%;	<180g valore obiettivo 100%;	<180g valore obiettivo 100%;	Dipartimento di Riabilitazione
Assistenza territoriale	Qualificazione assistenza territoriale	AttivazionePDTA per pz oncologici	Predisposizione di un protocollo		si/no	si/no	si/no	Dipartimento di Riabilitazione

Assistenza territoriale	Governo delle liste d'attesa	Riduzione dei tempi di attesa per le visite specialistiche	riduzione dei tempi di attesa per le principali visite	(Tempo medio attesa attuale-Tempo medio 2024)/ Tempo medio 2024 x 100	25% riduzione rispetto all'anno precedente	25% riduzione rispetto all'anno precedente	25% riduzione rispetto all'anno precedente	Distretti socio-sanitari
Assistenza territoriale	Qualificazione assistenza territoriale	Potenziamento Erogazione Assistenza Domiciliare Integrata	Aumento della copertura ADI dei pazienti >65 anni	(N. pazienti >65 anni ADI/N. Totale pazienti fragili) x 100	100% dell'indicatore regionale	100% dell'indicatore regionale	100% dell'indicatore regionale	Distretti socio-sanitari
Assistenza territoriale	Qualificazione assistenza territoriale	Incremento assistenza domiciliare per pazienti oncologici	conteggio dei pazienti oncologici assistiti	(N. pazienti oncologici con assistenza domiciliare/ n. totale pazienti oncologici) x100	15%incremento rispetto all'anno precedente	15%incremento rispetto all'anno precedente	15%incremento rispetto all'anno precedente	Distretti socio-sanitari
Assistenza territoriale	Qualificazione assistenza territoriale	Appropriatezza clinica/appropriatezza organizzativa	Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1, CIA 2, CIA 3)	Totale pazienti assistiti in cure domiciliari con intensità assistenziale CIA 1/Popolazione residente;Totale pazienti assistiti in cure domiciliari con intensità assistenziale CIA 2/Popolazione residente;Totale pazienti assistiti in cure domiciliari con intensità assistenziale CIA 3/Popolazione residente	CIA 1= 2,6%; CIA 2 =1,9%; CIA 3= 1,5%	CIA 1= 2,6%; CIA 2 =1,9%; CIA 3= 1,5%	CIA 1= 2,6%; CIA 2 =1,9%; CIA 3= 1,5%	Distretti socio-sanitari
Assistenza territoriale	Efficienza organizzativa	Monitoraggio prestazioni strutture residenziali	Variazioni, 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 entro 15 giorni dal ricevimento delle stesse da parte delle strutture	n. notule validate nei tempi (entro 15 gg)/ n. notule	invio oltre 25 gg - valore obiettivo 0%; invio tra 15 a 25 gg - valore obiettivo 60%; invio entro il 15 gg - valore obiettivo 100%	invio oltre 25 gg - valore obiettivo 0%; invio tra 15 a 25 gg - valore obiettivo 60%; invio entro il 15 gg - valore obiettivo 100%	invio oltre 25 gg - valore obiettivo 0%; invio tra 15 a 25 gg - valore obiettivo 60%; invio entro il 15 gg - valore obiettivo 100%	Distretti socio-sanitari
Assistenza territoriale	Qualificazione assistenza territoriale	Educazione alla salute	eventi di neurologia pediatrica e psichiatria infantile		n. 1 evento	n. 1 evento	n. 1 evento	Neuropsichiatria infantile
Assistenza territoriale	Qualificazione assistenza territoriale	Potenziamento della rete per la presa in carico dei minori affetti da Disturbo di Spetto (ex R.R. 9/16)	Mantenimento del numero di pazienti affetti da DSA in trattamento riabilitativo rispetto all'anno precedente	n. pazienti seguiti nell' anno corrente = n. di pazienti seguiti nell'anno precedente	si/no	si/no	si/no	Neuropsichiatria infantile
Assistenza territoriale	Qualificazione assistenza territoriale	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	Predisposizione ed attuazione di un protocollo, in collaborazione con i CSM, SPDC e i Distretti di San Severo, Lucera e Foggia		si/no	si/no	si/no	SSD Psichiatria Penitenziaria ed autori di reato
Assistenza territoriale	Qualificazione assistenza territoriale	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)	Predisposizione ed attuazione del un protocollo, in collaborazione con i CSM, SPDC		si/no	si/no	si/no	SSD Psichiatria Penitenziaria ed autori di reato
Assistenza territoriale	Qualificazione assistenza territoriale	Gesetione utenza carcere in doppia diagnosi	Protocollo d'intesa con il Dipartimento di Dipendenze Patologiche per definizione criteri e modalità d'invio in comunità terapeutica ovvero struttura riabilitativa psichiatrica		si/no	si/no	si/no	SSD Psichiatria Penitenziaria ed autori di reato- Dipartimento Dipendenze patologiche
Assistenza territoriale	Qualificazione assistenza territoriale	Gestione utenza carceraria al fine di prevenire il suicidio	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) x 100	80%	80%	80%	SSD Psichiatria Penitenziaria ed autori di reato
Assistenza territoriale	Qualificazione assistenza territoriale	Gestione dei pazienti autori di reati	Presa 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)	100%	100%	100%	SSD Psichiatria Penitenziaria ed autori di reato
Assistenza territoriale	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. Rimborsi effettuati	(N° domande pervenute su N° rimborsi effettuati) x 100	100%	100%	100%	Ufficio Relazioni con il Pubblico
Promozione e prevenzione	Prevenzione	Progetto Regionale per il contrasto al gioco d'azzardo patologico	Prosecuzione attività progettuale per l'anno scolastico 2024/2025 e partecipazione alle attività della cabina di regia regionale	Rendicontazione somme impegnate	si/no	si/no	si/no	Dipartimento Dipendenze Patologiche
Assistenza territoriale	Qualificazione assistenza territoriale	Efficienza nell'erogazione/Appropriatezza organizzativa	Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorit' B in rapporto al totale di prestazioni di classe B.	Somma delle prestazioni di classe B erogate entro i tempi massimi previsti/ totale prestazioni classe B	si/no	si/no	si/no	Distretti socio-sanitari/ Dipartimento di Riabilitazione
Assistenza territoriale	Qualificazione assistenza territoriale	Efficienza nell'erogazione/Appropriatezza organizzativa	Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorit' B in rapporto al totale di prestazioni di classe B.	Somma delle prestazione classe B erogate nei tempi/ somma della prestazioni classe B	>60%	se entro soglia, trend in aumento rispetto all'anno precedente	se entro soglia, trend in aumento rispetto all'anno precedente	Radiologie PP.OO.
Aspetti amministrativi/organizzativi	Formazione	Istituzione di gruppi/corsi di formazione per la prevenzione del burn-out nel personale operante all'interno del DH e Hospice di Torremaggiore	Miglioramento del clima lavorativo nel DH e Hospice	corso di formazione	almeno 1 corso	almeno 1 corso	almeno 1 corso	SSD Oncologia
Aspetti amministrativi/organizzativi	Formazione	Organizzazione di 1 corso per TSRM che svolgono attività di screening con la collaborazione della UOS di Formazione	organizzazione di n.1 corso		SI/NO	SI/NO	SI/NO	Senologia Territoriale
Aspetti amministrativi/organizzativi	Formazione	Formazione BLS/D in accordo con la struttura Formazione	Organizzazione di corsi di formazione per il personale ASL FG		≥ 5 corsi	≥ 5 corsi	≥ 5 corsi	Coordinamento Emergenza-Urgenza
Aspetti amministrativi/organizzativi	Formazione	Formazione personale Sanitario in materia medico-legale e formazione per la violenza di genere specifica ai fini della formazione di accertamenti qualificati a costituire la prova	Risultato attuazione Verbali sottoscritti dai partecipanti		n. 3 corsi	n. 3 corsi	n. 3 corsi	SSD Medicina Legale

Investimenti Strutturali	Capacità progettuale e spesa per investimenti	Rispetto degli obblighi previsti nel Disciplinare attuativo fondi strutturali (FESR)	Raggiungimento del target di spesa		100%	100%	100%	Area Gestione Tecnica
Investimenti Strutturali	Completezza e Qualità dei Flussi informativi	Rispetto degli obblighi previsti da PNRR nel Disciplinare attuativo fondi strutturali (FESR)	Corretta implementazione dei dati nel sistema MIR per consentire la chiusura del programma 2014/2020		100%	100%	100%	Area Gestione Tecnica
Investimenti Strutturali	Capacità progettuale e spesa per investimenti	Rispetto degli obblighi previsti nel Disciplinare attuativo fondi strutturali (FSC/POC)	Indicatore fissati nel CIS		100%	100%	100%	Area Gestione Tecnica
Prevenzione e Promozione della Salute	Prevenzione	Promozione della Salute nelle Scuole	Attività da svolgere attraverso il GIA		si/no	si/no	si/no	Dipartimento di Prevenzione
Prevenzione e Promozione della Salute	Screening oncologici	Screening colon-retto	Incremento del colonscopie di screening CCR	n. colonscopie anno in corso > n. colonscopie anno precedente	>10% dell'anno precedente	>10% dell'anno precedente	>10% dell'anno precedente	Endoscopia Digestiva, Gastroenterologia
Prevenzione e Promozione della Salute	Screening	Esecuzione dei test per lo Screening HPV DNA	N° esami		>= 15000 test annui	>= 15000 test annui	>= 15000 test annui	Laboratori Analisi P.O. Cerignoa e San Severo
Prevenzione e Promozione della Salute	Screening	Esecuzione dei test Biochimici per lo screening di 1° livello per HCV	N° esami		>= 15000 test annui	>= 15000 test annui	>= 15000 test annui	Laboratori Analisi PP.OO.
Prevenzione e Promozione della Salute	Screening	Esecuzione dei test Biochimici per lo screening di 2° livello per HCV	N° esami		>= 4000 test annui	>= 4000 test annui	>= 4000 test annui	Laboratori Analisi P.O. Cerignola e San Severo
Prevenzione e Promozione della Salute	Screening	Esecuzione dei test Biochimici per lo Screening delle Cromosomopatie nel 1° trimestre di gravidanza	N° esami		≥240 test annui	≥240 test annui	≥240 test annui	Laboratori Analisi P.O. Manfredonia
Prevenzione e Promozione della Salute	Screening	DGR Puglia 971/2023 - DM 14/05/2021: Piano operativo per l'eliminazione virus HCV nella Regione Puglia.	Attivazione test screening HCV 2025. Esecuzione e registrazione esiti su sistema informativo regionale IRIS	(N° test eseguiti / N° registrazioni)x100	100%	100%	100%	Dipartimento Dipendenze Patologiche
Sanità Digitale	Sanità Digitale	Utilizzo piattaforma nazionale PRP	Caricamento dati e documenti nella piattaforma nazionale PRP e raggiungimento degli obiettivi previsti dai Programmi del PRP (Questionario LEA 2021-U.1.1)	n. dati e documenti caricati/n. dati e documenti da caricare	100%	100%	100%	Dipartimento di Prevenzione
Prevenzione e Promozione della Salute	Prevenzione malattie infettive e vaccinazioni	Potenziamento attività di prevenzione vaccinale	Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (NSG - P06C)	Rapporto percentuale tra: numero di vaccinazioni antinfluenzali stagionali effettuate nei soggetti di età pari o superiore a 65 anni e popolazione residente degli ultrasessantacinquenni	≥75%	≥75%	≥75%	Servizio di Igiene e Sanità Pubblica (SISP)
Prevenzione e Promozione della Salute	Prevenzione malattie infettive e vaccinazioni	Potenziamento attività di prevenzione vaccinale	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR) (NSG - P02C)	Rapporto percentuale tra: numero di soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati con la 1° dose e numero totale di soggetti della rispettiva coorte di nascita (ossia nati 2 anni prima).	≥95%	≥95%	≥95%	Servizio di Igiene e Sanità Pubblica (SISP)
Prevenzione e Promozione della Salute	Prevenzione malattie infettive e vaccinazioni	Potenziamento attività di prevenzione vaccinale	Copertura vaccinale anti-HPV (NSG - P05C)	Rapporto percentuale tra numero di bambine nel corso del dodicesimo anno di vita vaccinate con cicli completi e numero di bambine della rispettiva coorte di nascita.	≥95%	≥95%	≥95%	Servizio di Igiene e Sanità Pubblica (SISP)
Prevenzione e Promozione della Salute	Prevenzione malattie infettive e vaccinazioni	Potenziamento attività di prevenzione vaccinale	Copertura vaccinale anti-meningococcica C (NSG - P04C)	Rapporto percentuale tra: 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 C e numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita (ossia nati 2 anni prima).	≥95%	≥95%	≥95%	Servizio di Igiene e Sanità Pubblica (SISP)
Prevenzione e Promozione della Salute	Prevenzione malattie infettive e vaccinazioni	Potenziamento attività di prevenzione vaccinale	Copertura vaccinale anti-pneumococcica (NSG - P03C)	Rapporto percentuale tra: numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con ciclo completo, per età, per antipneumococcica e numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita (ossia nati 2 anni prima).	≥95%	≥95%	≥95%	Servizio di Igiene e Sanità Pubblica (SISP)
Prevenzione e Promozione della Salute	Prevenzione malattie infettive e vaccinazioni	Potenziamento attività di prevenzione vaccinale	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib) (NSG - P01C)	Rapporto percentuale tra: numero di soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati con cicli completi (3 dosi) e numero totale di soggetti della rispettiva coorte di nascita (ossia nati 2 anni prima).	≥95%	≥95%	≥95%	Servizio di Igiene e Sanità Pubblica (SISP)
Prevenzione e Promozione della Salute	Prevenzione malattie infettive e vaccinazioni	Attuazione linee strategiche e organizzative del Piano Regionale Prevenzione Vaccinale (PRPV)	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	80%	80%	80%	Servizio di Igiene e Sanità Pubblica (SISP)
Prevenzione e Promozione della Salute	Screening oncologici	Potenziamento 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	% estensione	mammografico 100% citologico 100% colon-retto 100% Relazione semestrale corredata da report	100%	100%	Servizio di Igiene e Sanità Pubblica (SISP)
Prevenzione e Promozione della Salute	Qualificazione strutture pubbliche/private	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. 4/2019 e n. 5/2019	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. 4/2019 e n. 5/2019.	N° richieste evase / N° richieste pervenute	100%	100%	100%	Servizio di Igiene e Sanità Pubblica (SISP)

Prevenzione e Promozione della Salute	Qualificazione strutture pubbliche/private	Attività di vigilanza 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.4/2019 e n. 5/2019	Strutture accreditate controllate / numero di strutture accreditate da controllare	≥25%	≥25%	≥25%	Servizio di Igiene e Sanità Pubblica (SISP)
Prevenzione e Promozione della Salute	Prevenzione malattie infettive e vaccinazioni	PanFlu Puglia 2024-2026	Adozione provvedimenti aziendali per l'organizzazione e il potenziamento delle attività previste dal PanFlu Puglia 2021-2023 e 2024-2026	Azioni completate / Azioni previste dal PanFlu Puglia	50%	50%	50%	Servizio di Igiene e Sanità Pubblica (SISP)
Prevenzione e Promozione della Salute	Prevenzione	aggiornamento registro morti	Inserimento schede morti	n. schede morti inserite/ schede morti	≥95%	≥95%	≥95%	Servizio di Igiene e Sanità Pubblica (SISP)/ Statistica ed epidemiologia
Prevenzione e Promozione della Salute	Prevenzione nei luoghi di lavoro	Attività di vigilanza nei luoghi di lavoro.	Incremento delle ispezioni nei cantieri edili	n. catieri edili verificati	N. cantieri da controllare 180. N. cantieri da ispezionare per amianto: 25	N. cantieri da controllare 180. N. cantieri da ispezionare per amianto: 25	N. cantieri da controllare 180. N. cantieri da ispezionare per amianto: 25	Servizi di Prevenzione e Sicurezza ambienti di Lavoro (SPESAL)
Prevenzione e Promozione della Salute	Prevenzione nei luoghi di lavoro	Attività di vigilanza su incidenti sul lavoro nei settori più esposti.	Richieste infortuni , concluse e con riscontro violazione correlata all'evento.	N, richieste concluse/ n. richieste	100%	100%	100%	Servizi di Prevenzione e Sicurezza ambienti di Lavoro (SPESAL)
Prevenzione e Promozione della Salute	Prevenzione nei luoghi di lavoro	Attività di Assistenza: Piani Mirati della Prevenzione	Promuovere programmi di salute fisica nei luoghi di lavoro. ; Sportello di Ascolto per i lavoratori. Avviare un programma di salute mentale per i lavoratori. Copertura di supporto psicologico		n. 2 Piani Mirati e attivazione n. 1 Sportello Stress lavoro Correlato	n. 1 Sportello Stress lavoro Correlato	n. 1 Sportello Stress lavoro Correlato	Servizi di Prevenzione e Sicurezza ambienti di Lavoro (SPESAL)
Aspetti amministrativi/organizzativi	Formazione	Attività di Formazione obbligatoria	N.ore e n. operatori formati		n. 40 ore e n. 300 operatori	n. 40 ore e n. 300 operatori	n. 40 ore e n. 300 operatori	Servizi di Prevenzione e Sicurezza ambienti di Lavoro (SPESAL)
Prevenzione e Promozione della Salute	Prevenzione nei luoghi di lavoro	Attività di Igiene Industriale. Sorveglianza sui lavoratori esposti a sostanze nocive.	Sorveglianza sui lavoratori esposti a sostanze nocive.	n. aziende da valutare	n. 2 aziende	n. 2 aziende	n. 2 aziende	Servizi di Prevenzione e Sicurezza ambienti di Lavoro (SPESAL)
Prevenzione e Sicurezza Alimentare	Sicurezza alimentare – Tutela della salute dei consumatori	Attuazione del Piano Regionale Integrato dei Controlli con esecuzione di controlli ufficiali sulla base di criteri e frequenza stabilita su OSA Registrati	Numero di controlli minimi su OSA registrati ai sensi del Reg. CE 852/04 con tecniche di ispezione o audit / numero di OSA Registrati Reg. CE 852/04	numero di ispezioni e audit effettuati/ numero di OSA Registrati Reg. CE 852/04	20%	20%	20%	Servizio di Igiene degli Alimenti (SIAN)
Prevenzione e Sicurezza Alimentare	Sicurezza alimentare – Tutela della salute dei consumatori	Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e	Livello di copertura di base delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale. (NSG – P 12Z)	% = (% di copertura del PNR x 0,4) + (% di copertura del controllo ufficiale di residui di prodotti fitosanitari x 0,4) + (% di copertura del controllo ufficiale per la ricerca di additivi alimentari x 0,2)	100%	100%	100%	Servizio di Igiene degli Alimenti (SIAN)
Prevenzione e Sicurezza Alimentare	Sicurezza alimentare – Tutela della salute dei consumatori	Attuazione del Piano Regionale Integrato dei Controlli con esecuzione di controlli ufficiali sulla base di criteri e frequenza stabilita su OSA Riconosciuti	Numero di controlli minimi su OSA riconosciuti ai sensi del Reg. CE 853/04 con tecniche di ispezione o audit / numero di OSA Riconosciuti Reg. CE 853/04 (NSG - P 13Z)	numero di ispezione e audit effettuati /numero di OSA Riconosciuti Reg. CE 853/04*100	33%	33%	33%	Servizio di Igiene degli Alimenti (SIAN)
Prevenzione e Sicurezza Alimentare	Sicurezza alimentare – Tutela della salute dei consumatori	menù e tabelle dietetiche per Enti Pubblici e Privati	Predisposizione menù e tabelle dietetiche per Enti Pubblici e Privati con evasione di tutte le richieste.Attività formativa rivolta agli addetti alla Ristorazione Collettiva.	1)n. richieste evase/n. richieste pervenute 2) n. corsi	1)100% 2) Almeno n° 1 corso/anno	1)100% 2) Almeno n° 1 corso/anno	1)100% 2) Almeno n° 1 corso/anno	Servizio di Igiene degli Alimenti (SIAN)
Prevenzione e Sicurezza Alimentare	Sicurezza alimentare – Tutela della salute dei consumatori	Adeguamento al "Piano Regionale Integrato dei "Controlli Ufficiali". Controlli sugli alimenti e loro ingredienti trattati con radiazioni ionizzanti.	Controlli sugli alimenti e loro ingredienti trattati con radiazioni ionizzanti.	N. campioni effettuati / n. campioni programmati	100%	100%	100%	Servizio di Igiene degli Alimenti (SIAN)
Prevenzione e Sicurezza Alimentare	Sicurezza alimentare – Tutela della salute dei consumatori	Adeguamento al "Piano Regionale Integrato dei Controlli Ufficiali ". Controlli sugli Additivi alimentari tal quali e nei prodotti alimentari.	Controlli sugli Additivi alimentari tal quali e nei prodotti alimentari	N. campioni effettuati / n. campioni programmati	100%	100%	100%	Servizio di Igiene degli Alimenti (SIAN)
Prevenzione e Sicurezza Alimentare	Sicurezza alimentare – Tutela della salute dei consumatori	Prevenzione malattie cronico-degenerative	Svoigere programmi di intervento previsti dalla programmazione regionale. Realizzazione di interventi di prevenzione nutrizionale (MED-FOOD ANTICANCER PROGRAM)	n. campagne realizzate	almeno n. 2 campagne/anno	almeno n. 2 campagne/anno	almeno n. 2 campagne/anno	Servizio di Igiene degli Alimenti (SIAN)
Prevenzione Sanità Veterinaria	Salute animale e igiene urbana veterinaria.	Copertura 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.	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 (NSG – P10Z)	% = (% aziende bovine controllate per anagrafe x 0,1) + (% aziende ovicaprine controllate per anagrafe x 0,05) + (% capi ovicaprini controllati per anagrafe x 0,05) + (% aziende suine controllate per anagrafe x 0,1) + (% aziende equine controllate per anagrafe x 0,1) + (% allevamenti apistici controllati per anagrafe x 0,1) + (%esecuzione del PNA	100%	100%	100%	Sanità Animale (SIAV area A) Sicurezza Alimentare sui prodotti di origine animale (SIAV area B) Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche (SIAV area C)
Prevenzione Sanità Veterinaria	Salute animale e igiene urbana veterinaria.	Controlli su suini	Rafforzare le misure contro la peste suina	n. controlli effettuati/n. controlli programmati*100	100%	100%	100%	Sanità Animale (SIAV area A) Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche (SIAV area C)
Prevenzione Sanità Veterinaria	Salute animale e igiene urbana veterinaria.	Sorveglianza per West Nile	attivazione e supporto alle attività di sorveglianza per West Nile	n. attività effettuate Arbovirus/n. attività programmate Arbovirus *100	100%	100%	100%	Sanità Animale (SIAV area A) Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche (SIAV area C)
Prevenzione Sanità Veterinaria	Salute animale e igiene urbana veterinaria.	Controllo e vigilanza sulla distribuzione ed impiego del farmaco veterinario	controllo e registrazione ricette.	N° ricette registrate e controllate/ N° ricette pervenute	100%	100%	100%	Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche (SIAV area C)

Prevenzione Sanità Veterinaria	Salute animale e igiene urbana veterinaria.	Controlli su impianti di Biogas	Verifica della corretta registrazione/riconoscimento degli impianti di Biogas nell'utilizzo dei sottoprodotti di origine animale (SOA)	n. controlli effettuati/n. controlli programmati*100	100%	100%	100%	Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche (SIAV area C)
Prevenzione Sanità Veterinaria	Salute animale e igiene urbana veterinaria.	CONTROLLI UFFICIALI, ex Reg. CE 882/2004/CE, previsti dal PRIC Regione Puglia 2017-2018 e dal vigente Piano Locale dei Controlli ASL FG	Attuazione del Piano Regionale Integrato dei Controlli e del Piano Locale controlli ASL FG	n. controlli effettuati/n. controlli programmati*100	100%	100%	100%	Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche (SIAV area C)
Prevenzione Sanità Veterinaria	Salute animale e igiene urbana veterinaria.	Attuazione D.M. 02/05/2024 : Adozione dei programmi nazionali obbligatori di eradicazione per brucellosi e tubercolosi nei bovini e brucellosi negli ovi-caprini	Adozione dei programmi nazionali obbligatori di eradicazione per brucellosi e tubercolosi nei bovini e brucellosi negli ovi-caprini	N° allevamenti controllati / N° totale allevamenti da controllare	100%	100%	100%	Sanità Animale (SIAV area A)
Prevenzione Sanità Veterinaria	Salute animale e igiene urbana veterinaria.	Piani di profilassi delle malattie infettive del bestiame	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		si/no	si/no	si/no	Sanità Animale (SIAV area A)
Prevenzione Sanità Veterinaria	Salute animale e igiene urbana veterinaria.	Lotta al randagismo e controllo della popolazione canina e felina;	Aggiornamento dell'anagrafe canina e felina	Cani randagi catturati identificati / cani randagi catturati ed iscritti all'Anagrafe canina Regionale	100%	100%	100%	Sanità Animale (SIAV area A)
Prevenzione Sanità Veterinaria	Salute animale e igiene urbana veterinaria.	Piano di controllo Pric Regiona puglia	mantenimento dei livelli e nr.di controlli assegnati dalla regione Puglia	n°controlli effettuati/n° controlli programmati	90%	100%	100%	Sicurezza Alimentare sui prodotti di origine animale (SIAV area B)
Prevenzione Sanità Veterinaria	Salute animale e igiene urbana veterinaria.	Piano di campionamento su matrici alimentari di Origine Animale- Pric-Puglia pinao campioni chimici e Mirobiologici, Piano Nazioianle Residui, Piano nazionale Fitosanitari- Piano nazionale campioni per monitoraggio antimicrobico resistenza ,Programma campioni piano di controllo disposti dagli Uffici Veterinari Adempimenti	mantenimento dei livelli e nr. di campioni assegnati dalla Regione Puglia e dalle istituzioni Sanitarie Nazionali	n°controlli effettuati/n° controlli programmati	100%	100%	100%	Sicurezza Alimentare sui prodotti di origine animale (SIAV area B)
Prevenzione Sanità Veterinaria	Salute animale e igiene urbana veterinaria.	Prodotti ittici- Piano di monitoraggio delle acque di allevamento e molluschicoltura - piano di campionamento chimico e microbiologico e biosisne algal- Prodotti ittici - controlli sulle attività della pesca registrate ai sensi del Reg. CE 852/04	piano di campionamento chimico e microbiologico e biosisne algal- Ispezioni e registrazioni sul sistema informatico anagrafiche OSA regionale	n. campioni effettuati/ n. campioni programmati; N. ispezioni eseguite/ n. ispezioni richieste	100%	100%	100%	Sicurezza Alimentare sui prodotti di origine animale (SIAV area B)
Prevenzione Sanità Veterinaria	Salute animale e igiene urbana veterinaria.	Prodotti carniel- implementazione della divulgazione agli OSA ed ai Consumatori sui rischi da consumo di carni non controllate e buone pratiche di produzione nei laboratori annessi ai punti vendita registrati ai sensi del Reg. Ce 852/04	Organizzazione eventi		n. 8 eventi	n. 8 eventi	n. 8 eventi	Sicurezza Alimentare sui prodotti di origine animale (SIAV area B)
Prevenzione Sanità Veterinaria	Salute animale e igiene urbana veterinaria.	Controlli su prodotti di trasformazione del latte	Implementazione dei controlli sulla qualità delle produzioni lattiero casearie del territorio con particolare riferimento agli alimenti a filiera corta	n°controlli effettuati/n° controlli programmati	100%	100%	100%	Sicurezza Alimentare sui prodotti di origine animale (SIAV area B)
Promozione e prevenzione	Screening oncologici	Riduzione dei tempi di lettura di screening di II livello	Lettura entro 15 giorni	(N. letture di screening entro i 15 giorni / Totale letture di screening) x 100	100%	100%	100%	Senologia Territoriale
Promozione e prevenzione	Screening oncologici	Gestire in modo sistematico e tempestivo il follow -up per le pazineti oncologiche diagnosticate presso il servizio di senologia, garantendo monitoraggi regolari al fine di prevenire recidive o complicanze	Percentuale di pazienti oncologiche con follow up	n.pazienti oncologiche con follow-up/ totale pazienti oncologiche	100%	100%	100%	Senologia Territoriale
Promozione e prevenzione	Efficienza Operativa	Implementazione strumenti di sorveglianza epidemiologica (Registro Tumori).	Implementazione data base RT Provincia di Foggia e RTP.		si/no	si/no	si/no	Statistica ed Epidemiologia
Promozione e prevenzione	Efficienza Operativa	Analisi demografica e dello stato di salute della popolazione dell'ASL Foggia.	Aggiornamento annuale.		si/no	si/no	si/no	Statistica ed Epidemiologia
Promozione e prevenzione	Efficienza Operativa	Analisi epidemiologica delle cause di ospedalizzazione nella popolazione dell'ASL FG	Aggiornamento annuale.		si/no	si/no	si/no	Statistica ed Epidemiologia
Promozione e prevenzione	Screening oncologici	Riduzione tasso di richiamo a II livello teso al raggiungimento degli standard nazionali	Percentuale di Richiamo delle pazienti (con esame eseguito presso il servizio) per esami di II livello	n. pazienti con richiamo / n. pazienti	≤7%	≤7%	≤7%	Senologia Territoriale
Promozione e prevenzione	Screening oncologici	Riduzione dei tempi di lettura degli screening mammografici di 1° Livello	% di esami letti entro 15 gg	n. esami letti nei tempi/ totale esami	100%	100%	100%	SS. CC. Radiologie PP.OO. Cerignola e San Severo E Senologia territoriale
Promozione e prevenzione	Screening oncologici	Riduzione esami di II livello tesi al raggiungimento degli standard nazionali	% Esami di II livello		≤ 10% per esami eseguiti	≤ 10% per esami eseguiti	≤ 10% per esami eseguiti	SS. CC. Radiologie PP.OO. Cerignola e San Severo E Senologia territoriale
Rischio clinico	Implementazione delle Raccomandazioni e monitoraggio del Rischio Clinico.	Miglioramento della gestione degli eventi avversi	n° 3 audit proattivi/reattivi verbalizzati da inviare alla SSD rischio clinico	n. verbali	nessun audit valore obiettivo 0% ; 30% n. 1 audit; 60% n. 2 audit ; 100% ≥3 audit	nessun audit valore obiettivo 0% ; 30% n. 1 audit; 60% n. 2 audit ; 100% ≥3 audit	nessun audit valore obiettivo 0% ; 30% n. 1 audit; 60% n. 2 audit ; 100% ≥3 audit	Tutte le strutture di ricovero
Rischio clinico	Implementazione delle Raccomandazioni e monitoraggio del Rischio Clinico.	Definizione nel corso dell'anno di un correttivo per ogni evento sentinella verificatosi	Esistenza di un protocollo per ogni evento sentinella	N protocolli/ n. eventi sentinella	100%	100%	100%	SS Rischio Clinico
Rischio clinico	Implementazione delle Raccomandazioni e monitoraggio del Rischio Clinico.	Attivazione di almeno n°3 safety walkaround verbale controfirmato dall'unità oggetto di controllo.	Verbale controfirmato dall'unità oggetto di controllo.		n.3 verbali	n.3 verbali	n.3 verbali	SS Rischio Clinico

Rischio clinico	Implementazione delle Raccomandazioni e monitoraggio del Rischio Clinico.	Elaborazione di un Piano Annuale Rischio Sanitario (PARS) secondo le linee di indirizzo predisposte dal Centro Regionale per la Sicurezza Sanitaria e la Gestione del rischio del paziente (CRRiS)istituito presso Aress Puglia	Publicazione annuale Piano Annuale Rischio Sanitario (PARSS) su Amministrazione Trasparente		si/no	si/no	si/no	SS Rischio Clinico
Rischio clinico	Implementazione delle Raccomandazioni e monitoraggio del Rischio Clinico.	Relazione annuale sugli eventi avverse sulle cause che lo hanno prodotto,sulle conseguenti iniziative poste in essere (L.N.24/2017 art.2 comma5)	relazione		si/no	si/no	si/no	SS Rischio Clinico
Aspetti amministrativi/organizzativi	Formazione	Promozione della cultura della sicurezza delle cure	Eventi formativi	N. eventi	nessun evento valore obiettivo 0%; n. 1 - 2 eventi valore obiettivo 50% ; n. 3 eventi valore 75% ; da 4 eventi valore obiettivo 100%	nessun evento valore obiettivo 0%; n. 1 - 2 eventi valore obiettivo 50% ; n. 3 eventi valore 75% ; da 4 eventi valore obiettivo 100%	nessun evento valore obiettivo 0%; n. 1 - 2 eventi valore obiettivo 50% ; n. 3 eventi valore 75% ; da 4 eventi valore obiettivo 100%	SS Rischio Clinico
Sanità Digitale	Telemedicina	Telemedicina attraverso le C.O.T	Visite in telemedicina	((visite anno corrente-visite anno precedente)/visite anno corrente)x100	≥5 % rispetto all'anno precedente	≥5 % rispetto all'anno precedente	≥5 % rispetto all'anno precedente	S.C. Malattie Apparato Respiratorio
Sanità Digitale	Telemedicina	Introduzione della Telemedicina Specialistica	avviamento delle televisite		almeno uno specialista per distretto	10%	10%	Distretti socio-sanitari-Neuropsichiatria infantile
Sanità Digitale	Digitalizzazione Fascicolo Sanitario Elettronico	Utilizzo dell'FSE	Referti specialistici elettronici con invio al FSE	(N° pazienti con cartella elettronica / N° totale pazienti) * 100	65%	65%	65%	Distretti socio-sanitari/ SS.CC. Ospedaliere
Sanità Digitale	Telemedicina	Aumento dei Servizi di Monitoraggio a Distanza	Numero di pazienti monitorati a distanza	Conteggio dei pazienti monitorati a distanza	10% incremento rispetto all'anno precedente	10% incremento rispetto all'anno precedente	10% incremento rispetto all'anno precedente	Distretti socio-sanitari-Neuropsichiatria infantile
Sanità Digitale	Completezza e Qualità dei Flussi informativi	Migrazione al nuovo sistema e integrazione con i laboratori ospedalieri	% documenti firmati in pades CDA2	Numero di documenti firmati in pades CDA2 / numero di documenti indicizzati	90%	90%	90%	Distretti socio -sanitari Foggia e San Marco in Lamis
Sanità Digitale	Completezza e Qualità dei Flussi informativi	Garantire l'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		si/no	si/no	si/no	Statistica ed Epidemiologia
Sanità Digitale	Digitalizzazione Fascicolo Sanitario Elettronico	Diffusione Fascicolo sanitario elettronico	Predisposizione materiale informativo cartaceo e utilizzo dei canali informatici (portale e social media)		si/no	si/no	si/no	Ufficio Relazioni con il Pubblico
Sanità Digitale	Efficienza operativa	Completo avvio dei progetti PNRR nel rispetto di target regionali e nazionali	Percentuale di progetti avviati	N. progetti avviati/ n. totale progetti	100%	100%	100%	Sistemi Informativi Aziendali
Promozione e prevenzione	Salute animale e igiene urbana veterinaria.	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	Report	si/no	si/no	si/no	Sanità Animale (SIAV area A)
Sanità Digitale	Completezza e Qualità dei Flussi informativi	Nuovo sistema informativo: SILAV	avviamento del nuovo sistema informativo		si/no	si/no	si/no	Servizi di Prevenzione e Sicurezza ambienti di Lavoro (SPESAL)
Sanità Digitale	Completezza e Qualità dei Flussi informativi	Implementazione del nuovo sistema SIRP Regione Puglia con interfaccia anagrafica e gestione dei controlli ufficiali	Registrazione OSA	nr.OSA registrati /n. OSA	100%	100%	100%	
Sanità Digitale	Completezza e Qualità dei Flussi informativi	Implementazione del nuovo sistema SIRP Regione Puglia con interfaccia anagrafica e gestione dei controlli ufficiali	Percentuale delle anagrafiche degli OSA registrati	n. Osa registrati/ totale OSA	70%	70%	70%	
Sanità Digitale	Sanità Digitale	Completare la migrazione al Cloud degli applicativi aziendali	Percentuale di applicativi migrati	n.ro di applicativi migrati/tot	100%	100%	100%	Sistemi Informativi Aziendali
Sanità Digitale	Sanità Digitale	CyberSecurity	Rispetto degli obiettivi 2025 previsti dalla l.90/24 e dai Dlgs 136/224		si/no	si/no	si/no	Sistemi Informativi Aziendali
Sanità Digitale	Sanità Digitale	Aggiornamento dei software dei laboratori spoke di san Marco e Foggia al nuovo Sistema LIS come sedi distaccate di Cerignola e San Severo	Percentuale di laboratori con completo passaggio al sistema LIS	n. laboratori con sistema LIS/ n. laboratori	100%	100%	100%	Sistemi Informativi Aziendali
Sanità Digitale	Sanità Digitale	Progetto Regionale Rischio Clinico	Implementazione dell'infrastruttura e avvio		Si	Si	Si	Sistemi Informativi Aziendali
Sanità Digitale	Telemedicina	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	% pazienti trattati con telemedicina e home monitoring/ totale pazienti	+10% rispetto all'anno precedente	+10% rispetto all'anno precedente	+10% rispetto all'anno precedente	S.C. Cardiologia P.O. Cerignola
Sanità Digitale	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	(N. lettere dimissioni informatizzate / Totale dimissioni) x 100	>90%	>90%	>90%	Direzioni Mediche dei PP.OO.

Sanità Digitale	Digitalizzazione Fascicolo Sanitario Elettronico	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	n. referti di laboratorio conferiti al FSE/ totale esami di laboratorio	100%	100%	100%	Laboratori Analisi PP.OO.
Sanità Digitale	Digitalizzazione Fascicolo Sanitario Elettronico	Obiettivi di Sanità Digitale FSE	Rispetto degli obiettivi di Conferimento al FSE per il 2025 (Dm riparto 2022)		65%	65%	65%	Sistemi Informativi Aziendali
Sanità Digitale	Completezza e Qualità dei Flussi informativi	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 entro 20gg. dalla dimissione (ad esclusione di quelle in attesa di esame istologico)	ΣSDO chiuse/ Σ SDO	<70% = 0% tra 70% e 90% = 50% >90% = 100%	<70% = 0% tra 70% e 90% = 50% >90% = 100%	<70% = 0% tra 70% e 90% = 50% >90% = 100%	SS.CC Ospedaliere di ricovero
Sanità Digitale	Digitalizzazione Fascicolo Sanitario Elettronico	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	(N. lettere dimissioni informatizzate/ totale lettere dimissioni) x 100	< 40% valore obiettivo 0; da 40% a 70% valore obiettivo 50%; da 70% a 90% valore obiettivo 90%; oltre il 90% valore obiettivo 100%	< 40% valore obiettivo 0; da 40% a 70% valore obiettivo 50%; da 70% a 90% valore obiettivo 90%; oltre il 90% valore obiettivo 100%	< 40% valore obiettivo 0; da 40% a 70% valore obiettivo 50%; da 70% a 90% valore obiettivo 90%; oltre il 90% valore obiettivo 100%	SS.CC Ospedaliere di ricovero
Sanità Digitale	Completezza e Qualità dei Flussi informativi	Garantire il rispetto delle scadenze per la gestione dei flussi NSIS e il loro corretto invio attraverso attività di coordinamento di tutte le strutture aziendali	Percentuale di flussi NSIS inviati entro la scadenza stabilita	Flussi inviati entro le scadenze/ totale flussi inviati	100%	100%	100%	Statistica ed Epidemiologia
Sanità Digitale	Digitalizzazione Cartella Clinica Elettronica	Utilizzo della Cartella Clinica Elettronica di reparto e progressiva dematerializzazione delle cartelle cliniche	Numero delle cartelle cliniche completamente digitali sul numero delle cartelle cliniche totali	CCE dig/CCE tot	25%	100%	100%	SS.CC Ospedaliere di ricovero
Sanità Digitale	Sanità Digitale	Migrazione al nuovo sistema e integrazione con i laboratori ospedalieri	Migrazione (Si/No)		Si	100%	100%	Laboratori Analisi di Foggia e San Marco in L.
Sanità Digitale	Sanità Digitale	Governo della comunicazione istituzionale con redazione Piano di comunicazione on line tramite progettazione del nuovo portale Web-Sezione ASL FG Puglia Salute e pubblicazioni portale intranet	Aggiornamento puntuale del portale web e addestramenti redattori per nuovo portale web		si/no	si/no	si/no	Ufficio Relazioni con il Pubblico
Trasparenza e legalità	Trasparenza e legalità	Pubblicazione dati aggiornati sul portale web riferiti anche alla sezione Amministrazione Trasparente come da PIAO e alla sezione Tempi di Attesa	Pubblicazione con tempistica breve per aggiornamenti ed entro 48 ore dalla richiesta per A.T. e dalla ricezione report RULA	data di richiesta di pubblicazione- data di pubblicazione su amministrazione trasparente	48h	48h	48h	Ufficio Relazioni con il Pubblico
Trasparenza e legalità	Trasparenza e legalità	Incrementare l'efficacia delle misure di prevenzione della corruzione e il rispetto degli obblighi di trasparenza	Numero di rilievi non risolti nell'anno, formulati dagli organi competenti (RPCT, OIV, ANAC) sulla non corretta attuazione della disciplina in materia di anticorruzione e trasparenza	Somma del numero rilievi non risolti nell'anno	0% rilievi non risolti- 100% risoluzione tutti i rilievi	0% rilievi non risolti- 100% risoluzione tutti i rilievi	0% rilievi non risolti- 100% risoluzione tutti i rilievi	Tutte le strutture con obbligo di pubblicazione in Amministrazione trasparente
Trasparenza e legalità	Trasparenza e legalità	Rafforzare la partecipazione attiva alla rendicontazione semestrale delle misure anticorruptive	Monitoraggio semestrale di I Livello (autocontrollo) sull'attuazione delle misure anticorruptive	Numero di monitoraggi	≥ 2 (due monitoraggi all'anno – semestri gen/giu e lug/dic)	≥ 2 (due monitoraggi all'anno – semestri gen/giu e lug/dic)	≥ 2 (due monitoraggi all'anno – semestri gen/giu e lug/dic)	Dipartimenti/ Distretti/Direzioni mediche/ Direzione amministrativa PP.OO/ Aree / Uffici di staff
Trasparenza e legalità	Legalità e Trasparenza	PRIVACY- Rispetto delle disposizioni in materia	Violazioni accertate		SI/NO	SI/NO	SI/NO	Area Gestione Risorse Umane
Assistenza Farmaceutica	Farmaceutica convenzionata	Diminuzione della spesa farmaceutica convenzionata	Spesa netta DCR aziendale convenzionata, al netto del valore del payback rilevato dal report AIFA spesa farmaceutica (ripartito sulla base della popolazione pesata della ASL) e addizionata del valore del ticket.	SPESA NETTA DCR-PAYBACK+TICKET < TETTO AZIENDALE ASSEGNATO CON DELIBERA REGIONALE	SI/NO	SI/NO	SI/NO	Dipartimento Farmaceutico - Servizio Territoriale
Assistenza Farmaceutica	Dispositivi medici	Diminuzione della spesa per Dispositivi Medici	Spesa per Acquisto diretto di DM rilevata dai Conti Economici aziendali		Raggiungimento dell'obiettivo minimo di riduzione di spesa assegnato per l'anno di riferimento con DGR 512/2023	Raggiungimento dell'obiettivo minimo di riduzione di spesa assegnato per l'anno di riferimento con DGR 512/2024	Raggiungimento dell'obiettivo minimo di riduzione di spesa assegnato per l'anno di riferimento con DGR 512/2025	Dipartimento Farmaceutico - Servizio Territoriale
Assistenza Farmaceutica	Assistenza Farmaceutica	Farmacovigilanza	Sviluppo di un programma formativo rivolto agli operatori sanitari per sensibilizzare alla segnalazione delle reazioni avverse ai farmaci	n. OPERATORI FORMATI	≥50	≥50	≥50	Dipartimento Farmaceutico - Servizio Territoriale
Assistenza Farmaceutica	Assistenza Farmaceutica	Riduzione dei tempi di attesa in farmacia per Farmaci salvavita.	Utilizzo di un sistema di prenotazione informatizzato al fine di agevolare il paziente cronico nell'accesso al farmaco presso le Farmacie territoriali della Asl Foggia, al fine di ridurre i tempi di attesa.	(N.pazienti prenotati/ N.pazienti totali)*100	≥10%	≥10%	≥10%	Dipartimento Farmaceutico - Servizio Territoriale
Assistenza Farmaceutica	Assistenza Farmaceutica	Incremento del primo ciclo terapeutico con farmaci di fascia A a seguito di dimissione ospedaliera o visita ambulatoriale.	Aumento del n. farmaci presenti nel Prontuario Aziendale del 1° ciclo rivisitati a seguito di segnalazione da parte dei Medici Specialisti prescrittori Ospedalieri/ambulatoriali.		si/no	si/no	si/no	Dipartimento Farmaceutico - Servizio Territoriale
Assistenza Farmaceutica	Efficienza Operativa	Mobilità Farmaceutica	Recupero della spesa farmaceutica a favore dei pazienti stranieri domiciliati nella Asl Foggia relativamente all'anno precedente		100%	100%	100%	Dipartimento Farmaceutico - Servizio Territoriale
Assistenza territoriale	Qualificazione assistenza territoriale	Percentuale di prestazioni garantite entro i tempi della classe di priorità B in rapporto totale delle prestazioni B	% di prestazioni garantite entro i tempi	(N. prestazioni garantite entro i tempi della classe B/totale delle prestazioni classe B) x 100	>= 60%	>= 60 %	>= 60 %	Distretti socio-sanitari/ SS.CC. Ospedaliere/Dipartimenti
Assistenza Ospedaliera	Qualificazione assistenza ospedaliera	Rispetto piano recupero liste d'attesa e adempimenti PNGLA	Rispetto piano recupero liste d'attesa e adempimenti PNGLA		si/no	si/no	si/no	Strutture ospedaliere