

DIPARTIMENTO

UNITA' OPERATIVA

UOC Area Gestione Risorse Umane

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 3	Efficienza organizzativa	A	Espletamento delle procedure relative agli avvisi pubblici quinquennali disposti dalla Direzione Strategica per Direttore di Struttura Complessa	Publicazione sulla Gazzetta Ufficiale del 100% degli avvisi pubblici disposti dalla Direzione Strategica	Certificato dal Direttore Amministrativo Aziendale
2 1 3	Efficienza organizzativa	M	Definizione del budget dello straordinario per Macrostruttura relativo al personale del Comparto	Comunicazione del Budget anno 2020 a ciascuna Macrostruttura entro il 30/09/2020 previa determinazione provvisoria del Fondo Artt. 80 e 81 CCNL del Comparto in vigore	Allegare Protocolli delle note di comunicazione alla Relazione finale
3 3	Efficienza organizzativa	B	Definizione delle funzioni amministrative svolte e relativa proposta di delega di funzioni	Proposta di mappatura delle deleghe entro il 31/01/2020	
4 3	Efficienza organizzativa	M	Attivazione modulo per la gestione degli incarichi dirigenziali e non dirigenziali nel sistema informatico aziendale di gestione del Personale	Attivazione entro il 31/12/2020	
5 3	Efficienza organizzativa	A	Attivazione di una banca dati relativa alle procedure di reclutamento del personale dipendente e di conferimento degli incarichi di Struttura Complessa, di Str. SEMPL. Dipart. e SEMPL. consultabile dalla Direzione Strategica	Attivazione ed alimentazione della banca dati entro il 31/03/2020	Certificato dal Direttore Amministrativo Aziendale
6 3	Efficienza organizzativa	M	Espletamento delle procedure relative al Concorso unico regionale per CPS Infermieri	Avvio delle prove di concorso entro il 30/09/2020	
7 3	Efficienza organizzativa	M	Assegnazione ore di Specialistica Ambulatoriale Interna su richiesta della Direzione Sanitaria	N. ore specialistica ambulatoriale interna assegnate >= 400	
8 3	Efficienza organizzativa	M	Procedura operativa per la determinazione del Piano dei fabbisogni del personale a tempo indeterminato e determinato delle Macrostrutture	Trasmissione della Procedura alle Macrostrutture entro il 31/12/2020	
9 3	Efficienza organizzativa	B	Procedura per la definizione delle azioni e responsabilità dell'avvio a visita sanitaria di cui al D.L. 81/2008 e s.m.i.	Elaborazione Procedura e trasmissione alla Direzione Generale entro 31/12/2020	La Procedura dovrà essere trasmessa a tutte le Macrostrutture e pubblicata sul sito Intranet aziendale. Obiettivo comune tra Sorveglianza Sanitaria (coordinatore) e AGRU
10 3	Efficienza organizzativa	A	Espletamento visite obbligatorie del personale neoassunto e di prossima quiescenza ai sensi del D.L. 81/2008 e s.m.i.	100% del personale neoassunto e di prossima quiescenza	Obiettivo comune tra AGRU e Sorveglianza Sanitaria. Verifica finale da parte della Sorveglianza Sanitaria dell'elenco in formato Excel fornito dall'AGRU dei dipendenti neoassunti e in quiescenza nel 2019
11 3	Efficienza organizzativa	A	Predisposizione di Bozza di Contratto Integrativo aziendale per l'area del Comparto	Trasmissione Bozza alla Direzione Strategica entro il 29/02/2020	La bozza deve essere prodotta a prescindere dalla tempistica del tavolo tecnico con le OO.SS.
12 3	Efficienza organizzativa	M	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale	Riscontro entro 10 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo	Certificato dal Direttore Amministrativo Aziendale
14 1	Efficienza organizzativa	A	Miglioramento dei tempi di esecuzione dei titoli	Predisposizione di una procedura per la riduzione dei tempi amministrativi di esecuzione delle procedure	Invio della procedura alla Direzione Amministrativa entro il 31/12/2020. Allegare alla Relazione la mail di invio

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera équipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera équipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE AREA

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO
UNITA' OPERATIVA
UOC Area Gestione Risorse Finanziarie

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Monitoraggio tempi di pagamento	M	Monitoraggio tempi di gestione del ciclo passivo per macrostruttura	Trasmissione di N.4 Report trimestrali alle Macrostrutture	Nel Report sono riportate la percentuale di liste abbinate e i tempi medi di liquidazione per singola Macrostruttura
2	1 3	Efficienza organizzativa	B	Attività di verifica scritture contabili e conseguente alimentazione della Contabilità Analitica	Da completare entro 50 giorni dalla fine di ogni trimestre	Certificazione trimestrale da comunicare all'U.O. Controllo di Gestione per adempimenti di cui all'Art. 7 del Regolamento di Budget (DDG N.2202/2017)
3	3	Efficienza organizzativa	B	Definizione delle funzioni amministrative svolte e relativa proposta di delega di funzioni	Proposta di mappatura delle deleghe entro il 30/06/2020	
4	3	Efficienza organizzativa	M	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale	Riscontro entro 10 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo	Certificato dal Direttore Amministrativo Aziendale
5	3 1	Rispetto dei tempi di pagamento	A	Avvio a regime della Gara per la gestione del Ciclo Passivo	Tempo medio registrazione fatture come da Capitolato (≤ 15 giorni)	Dati rilevati da Cruscotto Qlikview su ITP (Data Registrazione - Data Arrivo) Valutazione effettuata sulle fatture pervenute nel mese di Novembre 2020
6	3 1	Rispetto dei tempi di pagamento	A	Tempo medio annuo di pagamento delle fatture dopo la liquidazione delle stesse	2020 < 2019	Dati rilevati da Cruscotto Qlikview su ITP (Data Pagamento - Data Liquidazione)
7	3 1	Efficienza organizzativa	M	Analisi contenzioso con la Lega del Filo d'Oro per la parte di competenza	Invio Proposta conciliativa al Direttore Generale entro il 31/10/2020 a firma congiunta con AGT	Obiettivo condiviso tra AGRF e AGT
8	1	Efficienza organizzativa	M	Implementazione incassi tramite PagoPA	Avvio degli incassi entro il 31/12/2020 tramite PagoPA	
10	1	Efficienza organizzativa	M	Progressiva implementazione della procedura di riscossione coattiva tramite Agenzia delle Entrate alle altre Macrostrutture	Creazione di almeno altri 2 ruoli di riscossione Agenzia delle Entrate di altre Macrostrutture	
11	3 1	Efficienza organizzativa	M	Ultimazione dei tentativi di conciliazione bonaria con i Comuni per il recupero crediti verso gli stessi	Trasmissione della Relazione Finale al D.A. e Trasmissione alla SBL della documentazione utile per il recupero entro il 31/12/2020	
12	1	Efficienza organizzativa	A	Predisposizione di nuovo Contratto di Servizio con la Società In-house Sanitaservice	Predisposizione Contratto entro il 31/12/2020	Obiettivo condiviso tra AGP e AGRF
13	1	Efficienza organizzativa	A	Deflazionamento procedure esecutive	N. 4 report trimestrali da inviare alla Direzione Strategica sul potere sostitutivo nelle procedure esecutive	

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019
Rimodulata nel Settembre 2020
DIRETTORE AREA
DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

UNITA' OPERATIVA

UOC Area Gestione Tecnica

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture rispetto all'alimentazione software WCP con % liste abbinate/determine/protocollo >= 80%	Giorni liquidazione fattura ≤ 40 dalla registrazione	Obiettivo rimodulabile in corso d'anno sulla base degli esiti previsti dalla Legge N.145/2018 e D.G.R. N. 1487/2019 Certificato dall'AGRF
2 3	Qualità flussi informativi	B	Rispetto dello scadenziario dei flussi informativi di cui alla nota Prot. 39157/2016 del Direttore Amministrativo e di quelli relativi alla Normativa della Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Trasmissione flussi agli Uffici competenti nei tempi previsti via mail	Certificato da AGRF ed RPCT
3 3	Efficienza operativa	A	Gara per affidamento della progettazione delle strade di accesso ed i relativi impianti di servizio del Nuovo Ospedale di Monopol	Aggiudicazione gara entro dicembre 2020	
4 1 3	Controllo della spesa	A	Identificazione, in collaborazione con il Dipartimento del Farmaco, delle Strutture idonee per l'allestimento di preparazioni intravitreali a base di Bevacizumab per la AMD e DME (Nota Dip. Promoz Salute Prot. n. AOO/081/4688 del 3/10/2019)	Presentazione alla Direzione Strategica del progetto completo di protocollo di allestimento entro il 31/12/2020	Azioni propedeutiche: Identificazione Strutture idonee all'allestimento (in collab. con AGT) e definiz. protocolli nel rispetto delle NBP (in collab. con UOGRCeO) entro il 31/12/20 per la richiesta di autorizzaz. regionale da parte della Dir. Strategica
5 3	Efficienza organizzativa	A	Progetto di riorganizzazione della rete distributiva con riduzione del numero delle Farmacie, nell'ambito dell'integrazione Ospedale-Territorio, in collaborazione con il Dipartimento del Farmaco	Presentazione del Progetto alla Direzione Strategica entro il 31/12/2020	
7 3	Efficienza organizzativa	M	Applicazione del protocollo operativo delle attività propedeutiche all'attivazione delle apparecchiature radiologiche per la parte di competenza.	Applicazione del protocollo nel 100% delle attivazioni	Obiettivo condiviso tra Ingegneria Clinica, AGT, Fisica Sanitaria e S.P.P. Certificato dalla Fisica Sanitaria
8 3	Efficienza organizzativa	M	Procedura integrata tra SPPA e AGT per la sicurezza sul lavoro degli ambienti lavorativi	Proposta di Delibera	Obiettivo condiviso tra AGT e SPPA
9 3	Efficienza organizzativa	B	Definizione delle funzioni amministrative svolte e relativa proposta di delega di funzioni	Proposta di mappatura delle deleghe entro il 31/01/2020	
10 3	Efficienza organizzativa	M	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale	Riscontro entro 10 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo	Certificato dal Direttore Amministrativo Aziendale
11 3 1	Efficienza organizzativa	M	Analisi contenzioso con la Lega del Filo d'Oro per la parte di competenza	Invio Proposta conciliativa al Direttore Generale entro il 31/10/2020 a firma congiunta con AGRF	Obiettivo condiviso tra AGRF e AGT
12 3	Efficienza operativa	M	Revisione Regolamento Aziendale per acquisti di Beni e Servizi relativamente alla definizione dei criteri per l'attribuzione dei compensi incentivanti per la ASL	Proposta di Delibera entro il 29/02/2020	
13 3	Efficienza organizzativa	M	Rispetto dei target di spesa per la Rendicontazione dei Fondi Europei	Inserimento nella Piattaforma MirWeb della documentazione relativa alle acquisizioni finanziate	Copia da allegare alla Relazione finale

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE AREA

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

UNITA' OPERATIVA

UOC Area Gestione Patrimonio

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture rispetto all'alimentazione software WCP con % liste abbinate/determine/protocollo >= 80%	Giorni liquidazione fattura ≤ 40 dalla registrazione	Obiettivo rimodulabile in corso d'anno sulla base degli esiti previsti dalla Legge N.145/2018 e D.G.R. N. 1487/2019 Certificato dall'AGRF
2	3	Qualità flussi informativi	B	Rispetto dello scadenziario dei flussi informativi di cui alla nota Prot. 39157/2016 del Direttore Amministrativo e di quelli relativi alla Normativa della Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Trasmissione flussi agli Uffici competenti nei tempi previsti via mail	Certificato da AGRF ed RPCT
3	1	Efficienza organizzativa	A	Predisposizione di nuovo Contratto di Servizio con la Società In-house Sanitaservice	Predisposizione Contratto entro il 31/12/2020	Obiettivo condiviso tra AGP e AGRF
7	1	Controllo della Spesa	A	Percentuale importo contratti chiusi relativi ai Conti di competenza dell'AGP	> 90%	La valutazione viene effettuata sui Conti Economici di competenza dell'AGP gestiti nella Procedura di Magazzino, giusta D.D.G. N.1651/2017
8	3	Efficienza organizzativa	M	Rispetto dei target di spesa per la Rendicontazione dei Fondi Europei	Inserimento nella Piattaforma MirWeb della documentazione relativa alle acquisizioni finanziate	Copia da allegare alla Relazione finale
9	3	Efficienza organizzativa	M	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale	Riscontro entro 10 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo	Certificato dal Direttore Amministrativo Aziendale
10	1	Efficienza organizzativa	A	Indizione procedure di Gara sopra soglia comunitaria	Proposta di Delibera di Indizione di almeno 27 Procedure di Gara	

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE AREA

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

UNITA' OPERATIVA

UOC Area Servizio Socio-Sanitario

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture rispetto all'alimentazione software WCP con % liste abbinate/determine/protocollo >= 80%	Giorni liquidazione fattura ≤ 40 dalla registrazione	Obiettivo rimodulabile in corso d'anno sulla base degli esiti previsti dalla Legge N.145/2018 e D.G.R. N. 1487/2019 Certificato dall'AGRF
2	3	Qualità flussi informativi	B	Rispetto dello scadenziario dei flussi informativi di cui alla nota Prot. 39157/2016 del Direttore Amministrativo e di quelli relativi alla Normativa della Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Trasmissione flussi agli Uffici competenti nei tempi previsti via mail	Certificato da AGRF ed RPCT
3	1	Efficienza operativa	A	Sottoscrizione accordi contrattuali con le R.S.S.A. entro la data di scadenza del precedente contratto ed in conformità con lo schema tipo approvato, in conformità alle Linee Guida regionali	Atti	
4	3	Efficienza organizzativa	M	Procedura per la gestione dei pazienti psichiatrici nelle Strutture Residenziali, Semiresidenziali e Case per la Vita	Trasmissione Procedura alla Direzione Strategica	
5	3	Efficienza organizzativa	B	Definizione di una modulistica unica condivisa da utilizzare per nelle procedure amministrative per l'accesso dei pazienti alle Strutture Sociosanitarie	Trasmissione della modulistica alle Unità Operative interessate	
6	3	Efficienza organizzativa	B	Elaborazione di un protocollo operativo per la liquidazione delle fatture	Trasmissione del Protocollo operativo alla Direzione Amministrativa	Da allegare alla Relazione Finale
7	3	Efficienza organizzativa	B	Definizione delle funzioni amministrative svolte e relativa proposta di delega di funzioni	Proposta di mappatura delle deleghe entro il 30/09/2020	
9	3	Efficienza organizzativa	M	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale	Riscontro entro 10 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo	Certificato dal Direttore Amministrativo Aziendale

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera équipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera équipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE AREA

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

UNITA' OPERATIVA

UOC Controllo di Gestione

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Qualità flussi informativi	B	Rispetto dello scadenziario dei flussi informativi di cui alla nota Prot. 39157/2016 del Direttore Amministrativo e di quelli relativi alla Normativa della Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Trasmissione flussi agli Uffici competenti nei tempi previsti via mail	Certificato da AGRF ed RPCT
2	3	Qualità flussi informativi	M	Corretta e tempestiva pubblicazione della reportistica direzionale trimestrale sul sito Intranet aziendale	Pubblicazione entro: 31/05/2020: I Trimestre 2020 15/09/2020: II Trimestre 2020 30/11/2020: III Trimestre 2020 01/03/2021: Preconsuntivo 2020	
3	3	Abbattimento liste di attesa	M	Analisi comparativa dell'utilizzo delle RM presenti nel patrimonio della ASL Bari	Relazione annuale	Da inviare alla Direzione Strategica
4	3	Efficienza operativa	M	Collaborazione con STP nella stesura della Relazione annuale sulla Performance	Trasmissione dati di competenza dell'U.O.	
5	3	Efficienza operativa	A	Collaborazione con STP alla Redazione del Piano della Performance 2020-2022	Trasmissione dati di competenza dell'U.O.	
6	3	Efficienza operativa	M	Supporto all'OIV e STP per la valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi di budget annuale	Utilizzo di supporto informatico implementato dall'U.O. Controllo di Gestione per la valutazione degli obiettivi di budget	
7	3	Efficienza operativa	M	Avvio nuova procedura informatizzata di controllo direzionale (D.D.G. 1570/2017)	Avvio procedura entro il 31/12/2020	Obiettivo subordinato all'acquisizione del software
8	1	Efficienza organizzativa	A	Analisi comparativa per Distretto dei costi per Assistenza protesica da privato	Relazione annuale	Da inviare ai DD.SS.SS.
9	3	Controllo della Spesa	A	Monitoraggio Contratti chiusi/generici per Farmaci e Diagnostici in vitro	Report trimestrale	Da inviare alla Direzione del Dipartimento Gestione del farmaco
10	3	Formazione	B	Attività formativa e di tutoraggio sull'utilizzo dei cruscotti direzionali online	N. 2 sessioni/anno per: DAPI, Direzioni Amministrative di Presidio, Direzioni Mediche di Presidio, Dipartimento del Farmaco	Nella Relazione finale indicare data delle sessioni e partecipanti

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE U.O.C.

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

UNITA' OPERATIVA

UOC Struttura Burocratico Legale

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 3	Qualità flussi informativi	B	Rispetto dello scadenzario dei flussi informativi di cui alla nota Prot. 39157/2016 del Direttore Amministrativo e di quelli relativi alla Normativa della Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Trasmissione flussi agli Uffici competenti nei tempi previsti via mail	Certificato da AGRF ed RPCT
2 3	Gestione del contenzioso	A	Procedura per il recupero coattivo attraverso l'Agenzia delle Entrate Riscossione	Trasmissione all'Agenzia delle Entrate Riscossione di almeno n.30 ruoli	
3 3	Gestione del contenzioso	M	Tempestiva esecuzione dei titoli	Diminuzione numero precetti/pignoramenti rispetto al 2019	
4 3	Miglioramento dell'immagine aziendale	B	Attivazione di un protocollo d'intesa con l'Università	Proposta del protocollo	
5 3	Efficienza operativa	M	Azzeramento giudizi di ottemperanza e nomina commissario ad acta	N. giudizi per la parte di propria competenza = 0	
6 3	Efficienza organizzativa	A	Regolamento per la definizione dei compensi degli avvocati interni	Proposta di Atto Deliberativo	
7 3	Efficienza organizzativa	M	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale	Riscontro entro 10 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo	Certificato dal Direttore Amministrativo Aziendale
8 4	Trasparenza	A	Alimentazione della relativa sottosezione in "Amministrazione Trasparente" del sito Web aziendale con le informazioni riferite agli incarichi conferiti a legali esterni	100% degli incarichi conferiti nell'anno 2020	Indicare nella relazione finale il numero degli incarichi pubblicati sul sito web aziendale e quello totale relativi al 2020
9 3	Gestione del contenzioso	A	Tentativi di bonario componimento di giudizi pendenti relativi alla gestione liquidatoria della ex ASL BA/7	Trasmissione della proposta di bonario componimento entro il 31/12/2020	
10 3	Gestione del contenzioso	A	Tentativi di bonario componimento di giudizi pendenti relativi alla gestione liquidatoria della ex ASL BA/14	Trasmissione della proposta di bonario componimento entro il 31/12/2020	
11 3	Gestione del contenzioso	B	Attivazione delle convenzioni con legali esterni in modalità digitale	Predisposizione di almeno una convenzione con legali esterni dell'anno 2020 sottoscritta digitalmente dalle parti	

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE U.O.C.

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

UNITA' OPERATIVA

UO Statistica ed Epidemiologia

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Qualità flussi informativi	B	Verifica della validazione, con rilevazione e correzione di eventuali anomalie, dei flussi regionali di competenza UOSE nel rispetto delle scadenze (CEDAP, SDO, ISTAT D.11, ISTAT D.12, ISTAT D.14)	Attestazione trimestrale di adempienza agli obblighi informativi	D.G.R. n. 231/2016
2	3	Qualità flussi informativi	B	Ricezione, correzione, validazione ed invio dei flussi ministeriali di competenza UOSE nel rispetto delle scadenze (Modelli NSIS)	Attestazione trimestrale di adempienza agli obblighi informativi	
3	3	Qualità flussi informativi	B	Rispetto delle scadenze per l'invio informatico dei flussi ministeriali di competenza UOSE Art.50 ex legge n.326/2003 su Sistema TS	Attestazioni Sistema TS	
4	3	Analisi epidemiologiche	M	Aggiornamento dell'analisi, per singolo DSS, della cronicità per coorti di pazienti in base alla complessità e relativo setting assistenziale	Relazione annuale	Da inviare alla Direzione Strategica, Controllo di Gestione e Direttori DSS
5	4	Analisi epidemiologiche	A	Analisi Mobilità Passiva Ospedaliera	Relazione annuale	Da inviare alla Direzione Strategica e Controllo di Gestione
6	3	Analisi epidemiologiche	A	Relazione sullo Stato di Salute della popolazione della ASL BA	Invio Relazione alla Direzione Sanitaria Aziendale e al Controllo di Gestione	

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

DIRETTORE U.O.C.

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

UNITA' OPERATIVA

UOSVD U.V.A.R.P.

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Appropriatezza delle prestazioni sanitarie	M	Controllo dell'appropriatezza dei ricoveri/congruità SDO in Strutture Osped. Private: numero SDO verificate/numero SDO prodotte	75% per ogni Struttura	
2	3	Appropriatezza delle prestazioni sanitarie	M	Controllo su ricoveri con T.C., con protesi, DRG potenz. Inappr. e trattam. con cyberknife e gammaknife in Strutture Osped. Private, IRCSS Maugeri - EEMiulli: numero SDO verificate/numero SDO prodotte	100% per ogni Struttura	
3	3	Appropriatezza delle prestazioni sanitarie	M	Verifica di prestazioni ambulatoriali in Day Service SDA in Strutture Osped. Private, IRCSS Maugeri - EEMiulli: numero SDA verificate/numero SDA prodotte	15% per ogni Struttura	
4	3	Appropriatezza delle prestazioni sanitarie	M	Controllo dell'appropriatezza dei ricoveri in IRCSS Maugeri - EEMiulli: numero SDO verificate/numero SDO prodotte	10% per ogni Struttura	
5	3	Appropriatezza delle prestazioni sanitarie	A	Verifica congruità protocollo Regionale IMA-SCA in Strutture Private e EEMiulli: verbale di congruità	100% per ogni Struttura	
6	3	Appropriatezza delle prestazioni sanitarie	A	Controllo appropriatezza cartella clinica/congruità SDO ex art 56 (Strutture Osped. Private - IRCSS Maugeri e EE Miulli): numero SDO verificate/numero SDO prodotte	10% per ogni Struttura	
7	3	Appropriatezza delle prestazioni sanitarie	M	Riabilitazione ex art.25 L 833/1978: appropriatezza prescrittiva: N° prescrizione/Tot prescrizioni	10% per ogni Struttura	
8	3	Appropriatezza delle prestazioni sanitarie	M	Riabilitazione ex art 26 (Strutture private): Verifica correttezza procedure autorizzative - Aderenza al piano riabilitativo	10% per ogni Struttura	
9	3	Appropriatezza delle prestazioni sanitarie	B	Report semestrale sulle attività svolte	Trasmissione di n.2 report semestrali alla Direzione Sanitaria Aziendale	Note di trasmissione da allegare alla Relazione finale
10	3	Appropriatezza delle prestazioni sanitarie	M	Controllo su ricoveri per COVID-19 presso le Strutture COVID (EE Miulli, Anthea e Villa Lucia)	100% per ogni Struttura	

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRIGENTE RESPONSABILE

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

UNITA' OPERATIVA

UOC Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 4	Formazione	B	Eventi formativi per lavoratori incaricati dell'attuazione delle misure di prevenzione incendi, lotta antincendio e gestione dell'emergenza nei luoghi di lavoro	10 Edizioni	Nella Relazione finale indicare data, luogo, sede e N. dipendenti formati
2 4	Formazione	B	Eventi formativi Rischi Specifici	15 Edizioni	Nella Relazione finale indicare data, luogo, sede e N. dipendenti formati
3 3	Efficienza organizzativa	M	Intervallo di tempo tra richiesta Documento Unico di Valutazione Rischi da Interferenze e consegna dello stesso alle Strutture competenti	≤ 15 giorni	Nella Relazione finale allegare report con: N. protocollo e data delle richieste, N. protocollo e data della consegna documento
4 4	Efficienza organizzativa	M	Aggiornamento dei D.V.R., Documento di Valutazione dei Rischi Incendio, Piano di Emergenza dei PP.OO.	N.1 Aggiornamento all'anno per Presidio	
5 4	Efficienza organizzativa	A	Aggiornamento dei D.V.R., Documento di Valutazione dei Rischi Incendio, Piano di Emergenza dei Distretti	N.1 Aggiornamento all'anno per Distretto	
6 4	Efficienza organizzativa	A	Aggiornamento dei D.V.R., Documento di Valutazione dei Rischi Incendio, Piano di Emergenza dei Dipartimenti Territoriali	N.1 Aggiornamento all'anno per Dipartimento Territoriale	
7 3	Efficienza organizzativa	M	Procedura integrata tra SPPA e AGT per la sicurezza sul lavoro degli ambienti lavorativi	Proposta di Delibera	Obiettivo condiviso tra AGT e SPPA
8 4	Efficienza organizzativa	M	Procedura integrata tra SPPA e U.O. Gestione Rischio Clinico e Qualità per la sicurezza degli operatori e dei pazienti	Proposta di Delibera	Obiettivo condiviso tra SPPA e U.O. Gestione Rischio Clinico e Qualità
9 4	Efficienza organizzativa	M	Applicazione del protocollo operativo delle attività propedeutiche all'attivazione delle apparecchiature radiologiche per la parte di competenza.	Applicazione del protocollo nel 100% delle attivazioni	Obiettivo condiviso tra Ingegneria Clinica, Fisica Sanitaria e S.P.P. Certificato dalla Fisica Sanitaria
10 3	Efficienza organizzativa	M	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale	Riscontro entro 10 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo	Certificato dal Direttore Amministrativo Aziendale

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE U.O.C.

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

UNITA' OPERATIVA

UOSVD U.R.P.

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Comunicazione istituzionale	M	Organizzazione di eventi aziendali	Almeno 1 evento	Anche con l'utilizzo di modalità a distanza
2	2 4	Potenziamento screening oncologici	A	Campagna di comunicazione per la diffusione degli screening oncologici (cervice, mammella e colon) e delle vaccinazioni	Predisposizione materiale informativo cartaceo e utilizzo canali informatici (portale istituzionale e social media)	In collaborazione con il Dipartimento di Prevenzione Allegare documentazione alla Relazione conclusiva
4	2 4	Miglioramento della qualità percepita	B	Analisi dei questionari compilati online	Report annuale	Da inviare alla Direzione Strategica e allegare alla Relazione conclusiva
5	2 3	Comunicazione istituzionale	B	Pubblicazione sulla pagina Facebook aziendale di tutti i Concorsi indetti, con riferimenti alla Gazzetta Ufficiale, entro 5 giorni dalla pubblicazione della Gazzetta Ufficiale	100% dei Concorsi	Da allegare alla Relazione conclusiva
6	2 4	Comunicazione istituzionale	B	Attivazione di un altro social media a titolo non oneroso (es. Twitter)	Utilizzo social media	
7	3 2	Efficienza organizzativa	M	Standardizzazione delle informazioni all'utenza nei front-office	Proposta alla Direzione Strategica su tipologia e modalità informativa	Obiettivo condiviso tra Direzione Amministrativa Dipartimento Cure Primarie (Coordinatore), URP e Direzioni Amministrative PP.OO.

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRIGENTE RESPONSABILE

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

UNITA' OPERATIVA

UOSVD Sorveglianza Sanitaria

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 3	Efficienza organizzativa	A	Espletamento visite obbligatorie del personale neoassunto e di prossima quiescenza ai sensi del D.L. 81/2008 e s.m.i.	100% del personale neoassunto e di prossima quiescenza	Obiettivo comune tra AGRU e Sorveglianza Sanitaria. Verifica finale da parte della U.O. Sorveglianza Sanitaria dell'elenco in formato Excel fornito dall'AGRU dei dipendenti neoassunti e in quiescenza nel 2019
2 3	Efficienza organizzativa	A	Procedura per la definizione delle azioni e responsabilità dell'avvio a visita sanitaria di cui al D.L. 81/2008 e s.m.i.	Elaborazione Procedura e trasmissione alla Direzione Generale entro 31/12/2020	La Procedura dovrà essere trasmessa a tutte le Macrostrutture e pubblicata sul sito Intranet aziendale. Obiettivo comune tra Sorveglianza Sanitaria (coordinatore) e AGRU
4 3	Efficienza operativa	A	Utilizzo del software CartSan presso tutte le sedi e unificazione degli archivi	Report annuale di attività estratto dal software CartSan	Da allegare alla Relazione finale
5 3	Salute e sicurezza nei luoghi di lavoro	A	Relazione annuale sullo stato di salute dei lavoratori della ASL BA	Relazione annuale	Da inviare alla Direzione Strategica e al Controllo di Gestione per STP
6 3	Potenziamento dell'attività di prevenzione del rischio correlato alle attività lavorative	M	Monitoraggio delle prescrizioni/limitazioni dei giudizi di idoneità per ogni P.O.	Relazione annuale	Da inviare alla Direzione Strategica Indicare nella Relazione finale il protocollo di invio
7 3	Formazione	B	Formazione sulla sicurezza sul lavoro per il personale dell'U.O.: organizzazione di eventi su temi diversi da quelli dei precedenti anni	Almeno 2 eventi	Nella Relazione finale indicare data, sede, argomento e partecipanti
8 3	Efficienza organizzativa	M	Monitoraggio attività libero professionale per la verifica del rispetto del vincolo di non superamento dei volumi di attività istituzionale	Riscontro alle richieste formulate dalla Macroarea ALPI D3 relative all'invio mensile dei volumi di attività ALPI con la dichiarazione dei volumi mensili di attività istituzionale corrispondenti	Allegare Note di riscontro nella Relazione finale
9 3 1	Potenziamento della copertura vaccinale	M	Vaccinazione anti influenzale degli operatori sanitari	N. operatori vaccinati 2020 > 2019	Registrazione vaccinazioni sul Sistema GIAVA Obiettivo condiviso tra Dip. Prevenzione, Sorveglianza Sanitaria, DSM, DDP, DMPO e DSS. Certificato dalla Direz. del Dipartimento Prevenzione

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRIGENTE RESPONSABILE

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO
UNITA' OPERATIVA
UOC Rischio clinico e Qualità

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 3	Efficienza operativa	A	Monitoraggio dei blocchi operatori e dei punti nascita secondo le procedure aziendali adottate nel 2017 e 2019	1 azione di monitoraggio per blocco operatorio e punto nascita dei PP.OO. e PTA	Allegare Verbali alla Relazione finale
2 3	Clinical governance	A	Esame delle procedure e protocolli inviati dalle UU.OO. e Dipartimenti	(N. procedure esaminate / Tot. Pervenute) ≥ 80%	Report annuale riepilogativo per U.O. delle procedure e protocolli ricevuti, validati e rinviati da inviare all'STP
3 3	Efficienza operativa	M	N. Valutazioni medico legali per responsabilità professionali su richieste SBL redatti entro 120 giorni sul totale delle visite medico-legali eseguite	≥ 80%	Report annuale riepilogativo da inviare a STP riportante, per ogni parere redatto, la data ed il protocollo di ricezione e la data ed il protocollo di invio
4 3	Clinical governance	A	Procedura per la gestione intraospedaliera del paziente con diagnosi di trauma	Proposta di Delibera	
5 3 4	Formazione	M	Promozione di corsi di formazione sulla gestione del rischio clinico	Almeno n. 1	Nella Relazione finale indicare la Proposta del Corso inviata all'Ufficio Formazione
6 3 4	Formazione	M	Organizzazione di corso di formazione obbligatorio per Dirigenti Medici, Veterinari e Sanitari sull'applicazione della DDG 497/2018 (Procedura aziendale per la elaborazione di procedure, protocolli e PDTA)	Almeno n. 2 edizioni	Nella Relazione finale indicare data, sede e partecipanti
8 3	Efficienza organizzativa	B	Monitoraggio attività libero professionale per la verifica del rispetto del vincolo di non superamento dell'attività in ALPI dei volumi di attività istituzionale	Riscontro alle richieste formulate dalla Macroarea ALPI D3 relative all'invio mensile dei volumi di attività ALPI con la dichiarazione dei volumi mensili di attività istituzionale corrispondenti	Allegare Note di riscontro nella Relazione finale
9 4	Efficienza organizzativa	M	Procedura integrata tra SPPA e U.O. Gestione Rischio Clinico e Qualità per la sicurezza degli operatori e dei pazienti	Proposta di Delibera	Obiettivo condiviso tra SPPA e U.O. Gestione Rischio Clinico e Qualità

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019
Rimodulata nel Settembre 2020
DIRETTORE U.O.C.
DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

UNITA' OPERATIVA

UOC Ingegneria clinica e H.T.A.

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Qualità flussi informativi	B	Rispetto dello scadenzario dei flussi informativi di cui alla nota Prot. 39157/2016 del Direttore Amministrativo e di quelli relativi alla Normativa della Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Trasmissione flussi agli Uffici competenti nei tempi previsti via mail	Certificato da AGRF ed RPCT
2	3	Efficienza organizzativa	M	Redazione Piano degli Investimenti 2021-2022 per la predisposizione del Bilancio di Previsione 2021 e Piano Pluriennale 2021-2022	Invio alla Direzione Strategica	Relativo alle apparecchiature elettromedicali
3	3	Efficienza organizzativa	M	Applicazione del protocollo operativo delle attività propedeutiche all'attivazione delle apparecchiature radiologiche per la parte di competenza.	Applicazione del protocollo nel 100% delle attivazioni	Obiettivo condiviso tra Ingegneria Clinica, Fisica Sanitaria e S.P.P. Certificato dalla Fisica Sanitaria
4	3	Efficienza organizzativa	A	Utilizzo Fondi FESR 2014-2020: predisposizione capitolati tecnici dopo la sottoscrizione dei relativi disciplinari con la Regione Puglia	Trasmissione Capitolati tecnici agli Uffici competenti (AGP, Direzioni Amministrative PP.OO. e Direzione Amministrativa DAPI)	
6	3	Efficienza organizzativa	A	Avvio del Servizio di Gestione e Manutenzione dei Servizi Integrati di apparecchiature elettromedicali a seguito dell'aggiudicazione della Gara regionale da parte del Soggetto Aggregatore	Avvio entro il 31/12/2020	
7	3	Efficienza organizzativa	A	Predisposizione Cronoprogramma per le procedure di gara per attrezzature e beni del nuovo Ospedale di Monopoli-Fasano in coerenza con il progetto	Predisposizione del Cronoprogramma entro il 31/12/2020	
9	3	Abbattimento liste di attesa	M	Analisi comparativa dell'utilizzo delle RM presenti nel patrimonio della ASL Bari	Un Report per U.O. entro il 31/12/2020	Da inviare alla Direzione Strategica e al Controllo di Gestione
10	3	Efficienza organizzativa	M	Predisposizione Capitolato di gara per la manutenzione e gestione dello strumentario chirurgico	Invio Capitolato all'AGP entro il 31/12/2020	
11	3	Efficienza organizzativa	M	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale	Riscontro entro 10 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo	Certificato dal Direttore Amministrativo Aziendale

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE U.O.C.

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

UNITA' OPERATIVA

UOC Sistemi Informativi

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture rispetto all'alimentazione software WCP con % liste abbinate/determine/protocollo >= 80%	Giorni liquidazione fattura ≤ 40 dalla registrazione	Obiettivo rimodulabile in corso d'anno sulla base degli esiti previsti dalla Legge N.145/2018 e D.G.R. N. 1487/2019 Certificato dall'AGRF
2	3	Qualità flussi informativi	B	Rispetto dello scadenziario dei flussi informativi di cui alla nota Prot. 39157/2016 del Direttore Amministrativo e di quelli relativi alla Normativa della Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Trasmissione flussi agli Uffici competenti nei tempi previsti via mail	Certificato da AGRF ed RPCT
3	3	Efficienza organizzativa	A	Avvio della nuova gestione informatizzata del Protocollo	Avvio dal 01/02/2020	
4	3	Efficienza organizzativa	A	Avvio della nuova gestione informatizzata dei provvedimenti amministrativi e dell'Albo Pretorio	Avvio dal 01/05/2020	
5	1	Spending review	M	Implementazione della nuova rete fonia e dati da aggiudicazione Accordo Quadro Rupar SPC	Verbali di collaudo	Da elencare nella Relazione finale
6	1 3	Efficienza organizzativa	A	Predisposizione del capitolato per la Gara di fornitura, installazione, manutenzione, monitoraggio ed assistenza tecnica di riscuotitrici automatiche	Trasmissione del capitolato alla Direzione Amministrativa del DAPI entro il 31/01/2020	
7	1 3	Efficienza organizzativa	M	Predisposizione del capitolato per la Gara relativa ai servizi di posta elettronica ed unified communication	Trasmissione del capitolato all'AGP entro il 31/05/2020	
8	3	Efficienza operativa	A	Attivazione delle funzionalità per la distribuzione online dei referti dei Laboratori della ASL BA e conferimento al FSE	Avvio entro il 30/11/2020	Su delega del D.A.
9	1	Efficienza organizzativa	M	Sviluppo Piattaforma informatica per la gestione del recupero crediti e riconciliazione contabile con accesso anche da parte degli utenti	Disponibilità della Piattaforma dal 01/02/2020	
10	3	Efficienza organizzativa	M	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale	Riscontro entro 10 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo	Certificato dal Direttore Amministrativo Aziendale

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE U.O.C.

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

UNITA' OPERATIVA

UOSVD Centro Territoriale Malattie Rare

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Formazione	B	Organizzazione di eventi formativi per i Referenti aziendali (referenti distrettuali e farmacisti territoriali) della Rete Malattie Rare	Almeno due eventi	Nella Relazione finale indicare data, sede, argomento e partecipanti.
2	2 3	Efficienza organizzativa	M	Programmazione attività della Rete assistenziale per le Malattie Rare: definizione per ogni DSS: sede, calendario e modalità di accesso, tipologia di prestazioni	Pubblicazione sul Sito aziendale	
3	3	Efficienza organizzativa	M	Procedura per la presentazione dell'istanza di autorizzazione alla fornitura a carico del SSR di farmaci e/o prodotti extra LEA	Presentazione della Procedura alla Direzione Sanitaria aziendale entro il 31/12/2020	
4	3 2	Clinical governance	A	Procedura per cure palliative destinati a persone affette da malattie rare	Invio con mail della Procedura elaborata secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Obiettivo condiviso tra Centro Territoriale Malattie Rare (Coordinatore) e U.O.C. Cure Palliative. Allegare mail di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRIGENTE RESPONSABILE

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO Dipartimento Salute Mentale

UNITA' OPERATIVA Dipartimento Salute Mentale - Direzione Dipartimento

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture rispetto all'alimentazione software WCP con % liste abbinate/determine/protocollo >= 80%	Giorni liquidazione fattura ≤ 40 dalla registrazione	Obiettivo rimodulabile in corso d'anno sulla base degli esiti previsti dalla Legge N.145/2018 e D.G.R. N. 1487/2019 Certificato dall'AGRF
2 3	Qualità flussi informativi	B	Rispetto dello scadenziario dei flussi informativi di cui alla nota Prot. 39157/2016 del Direttore Amministrativo (1) e di quelli relativi alla Normativa della Prevenzione Corruzione e Trasparenza (2)	Trasmissione flussi agli Uffici competenti nei tempi previsti via mail	1)Inviare a AGRF e CdG: -Relaz. annuale 2019 con anal. scost. rispetto all'anno preced. entro il 15/04 -Relaz. trimestr. 2020 con anal. scost. rispetto all'anno preced. entro 20 gg da fine Trimestre 2)Da inviare a RPCT entro 30/11 Cert. da AGRF e RPCT
3 3 1	Controllo della spesa	A	Monitoraggio della spesa dell'Assistenza Riabilitativa per malati e disturbati mentali da privato	Spesa 2020 nei limiti previsti dal Bilancio di Previsione	Certificato da AGRF
4 # 4	Clinical governance	B	Monitoraggio e verifica sulle Dimissioni volontarie presso gli S.P.D.C.	≤ 3%	Per la Direzione si riferisce alla media del Dipartim.
6 3	Appropriatezza setting assistenziale	M	% progetti di inserimento di pazienti in Strutture Riabilitative con l'ausilio di una scala standardizzata di valutazione	≥ 90% di tutti gli inserimenti effettuati	Report complessivo e analitico per Struttura da inserire nella Relazione conclusiva annuale
9 3	Efficienza organizzativa	M	Monitoraggio attività libero professionale per la verifica del rispetto del vincolo di non superamento dei volumi di attività istituzionale	Riscontro alle richieste formulate dalla Macroarea ALPI D3 relative all'invio mensile dei volumi di attività ALPI con la dichiarazione dei volumi mensili di attività istituzionale corrispondenti	Confronto con corrispondente attività istituzionale mediante dati aggregati per UOC ottenuti dal SISM: Allegare Note di riscontro nella Relazione finale
10 3 1	Potenziamento della copertura vaccinale	M	Sensibilizzazione vaccinazione anti influenzale degli operatori sanitari	N. operatori vaccinati 2020 > 2019	Registrazione vaccinazioni sul Sistema GIAVA Obiettivo condiviso tra Dip. Prevenzione, Sorveglianza Sanitaria, DSM, DDP, DMPO e DSS. Certificato dalla Direz. del Dipartimento Prevenzione
11 3	Efficienza organizzativa	M	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale	Riscontro entro 10 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo	Certificato dal Direttore Amministrativo Aziendale

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO Dipartimento Salute Mentale
 UNITA' OPERATIVA UOC DSM - SPDC Altamura

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 4	Clinical governance	A	% Dimissioni volontarie	< 3%	
5 3 2	Clinical governance	M	Realizzazione di progetti psicoeducativi rivolti a pazienti dell'SPDC e loro familiari	Almeno due progetti	Relazione da trasmettere al Direttore del DSM
6 3 4	Miglioramento della qualità assistenziale	M	Applicazione ai pazienti di scale standardizzate di valutazione degli esiti	≥ 90 % dei pazienti ricoverati	Relazione da inviare al Direttore del Dipartimento
7 3 1	Potenziamento della copertura vaccinale	M	Sensibilizzazione vaccinazione anti influenzale degli operatori sanitari	N. operatori vaccinati 2020 > 2019	Registrazione vaccinazioni sul Sistema GIAVA Obiettivo condiviso tra Dip. Prevenzione, Sorveglianza Sanitaria, DSM, DDP, DMPO e DSS. Certificato dalla Direz. del Dipartimento Prevenzione

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO Dipartimento Salute Mentale
 UNITA' OPERATIVA UOC DSM - SPDC Putignano

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 4	Clinical governance	A	% Dimissioni volontarie	< 3%	
5 3 2	Clinical governance	M	Realizzazione di progetti psicoeducativi rivolti a pazienti Dell'SPDC e loro familiari	Almeno due progetti	Relazione da trasmettere al Direttore del DSM
6 3 4	Miglioramento della qualità assistenziale	M	Applicazione ai pazienti di scale standardizzate di valutazione degli esiti	≥ 90 % dei pazienti ricoverati	Relazione da inviare al Direttore del Dipartimento
7 3 1	Potenziamento della copertura vaccinale	M	Sensibilizzazione vaccinazione anti influenzale degli operatori sanitari	N. operatori vaccinati 2020 > 2019	Registrazione vaccinazioni sul Sistema GIAVA Obiettivo condiviso tra Dip. Prevenzione, Sorveglianza Sanitaria, DSM, DDP, DMPO e DSS. Certificato dalla Direz. del Dipartimento Prevenzione

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO Dipartimento Salute Mentale

UNITA' OPERATIVA UOC DSM - CSM Area 1

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
2 3	Formazione	B	Realizzazione evento formativo dipartimentale su diffusione ed applicazione di PDTA Disturbi dello Spettro Autistico	Partecipazione almeno 80% degli operatori CSM	Obiettivo comune tra CSM, NPIA e Psicologia Clinica. Nella Relazione finale indicare data, sede, argomento e numero partecipanti
4 3	Appropriatezza setting assistenziale	A	Definizione di una scheda per omogeneizzare le procedure di verifica e controllo nelle strutture psichiatriche riabilitative (con particolare riferimento agli standard di qualità di cui all'art. 12 R.R. 7/2002)	Produzione scheda Controllo annuale di tutte le Strutture con utilizzo della nuova scheda di valutazione	Nella relazione finale allegare la Scheda di valutazione standard e date dei controlli
5 3	Clinical governance	M	Definizione di una procedura per l'attività di accoglienza nel CSM	Invio con mail della Procedura elaborata secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Allegare mail di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale
7 3	Appropriatezza setting assistenziale	A	% progetti di inserimento di pazienti in Strutture Riabilitative con l'ausilio di una scala standardizzata di valutazione	> 90% di tutti gli inserimenti effettuati	Report complessivo e analitico per struttura da inserire nella relazione conclusiva annuale
8 3 1	Potenziamento della copertura vaccinale	M	Sensibilizzazione vaccinazione anti influenzale degli operatori sanitari	N. operatori vaccinati 2020 > 2019	Registrazione vaccinazioni sul Sistema GIAVA Obiettivo condiviso tra Dip. Prevenzione, Sorveglianza Sanitaria, DSM, DDP, DMPO e DSS. Certificato dalla Direz. del Dipartimento Prevenzione

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO Dipartimento Salute Mentale
 UNITA' OPERATIVA UOC DSM - CSM Area 2

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
2 3	Formazione	B	Realizzazione evento formativo dipartimentale su diffusione ed applicazione di PDTA Disturbi dello Spettro Autistico	Partecipazione almeno 80% degli operatori CSM	Obiettivo comune tra CSM, NPIA e Psicologia Clinica. Nella Relazione finale indicare data, sede, argomento e numero partecipanti
4 3	Appropriatezza setting assistenziale	A	Definizione di una scheda per omogeneizzare le procedure di verifica e controllo nelle strutture psichiatriche riabilitative (con particolare riferimento agli standard di qualità di cui all'art. 12 R.R. 7/2002)	Produzione scheda Controllo annuale di tutte le Strutture con utilizzo della nuova scheda di valutazione	Nella relazione finale allegare la Scheda di valutazione standard e date dei controlli
5 3	Clinical governance	M	Definizione di una procedura per l'attività di accoglienza nel CSM	Invio con mail della Procedura elaborata secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Allegare mail di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale
7 3	Appropriatezza setting assistenziale	A	% progetti di inserimento di pazienti in Strutture Riabilitative con l'ausilio di una scala standardizzata di valutazione	> 90% di tutti gli inserimenti effettuati	Report complessivo e analitico per struttura da inserire nella relazione conclusiva annuale
8 3 1	Potenziamento della copertura vaccinale	M	Sensibilizzazione vaccinazione anti influenzale degli operatori sanitari	N. operatori vaccinati 2020 > 2019	Registrazione vaccinazioni sul Sistema GIAVA Obiettivo condiviso tra Dip. Prevenzione, Sorveglianza Sanitaria, DSM, DDP, DMPO e DSS. Certificato dalla Direz. del Dipartimento Prevenzione

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO Dipartimento Salute Mentale

UNITA' OPERATIVA **UOC DSM - CSM Area 3**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
2 3	Formazione	B	Realizzazione evento formativo dipartimentale su diffusione ed applicazione di PDTA Disturbi dello Spettro Autistico	Partecipazione almeno 80% degli operatori CSM	Obiettivo comune tra CSM, NPIA e Psicologia Clinica. Nella Relazione finale indicare data, sede, argomento e numero partecipanti
4 3	Appropriatezza setting assistenziale	A	Definizione di una scheda per omogeneizzare le procedure di verifica e controllo nelle strutture psichiatriche riabilitative (con particolare riferimento agli standard di qualità di cui all'art. 12 R.R. 7/2002)	Produzione scheda Controllo annuale di tutte le Strutture con utilizzo della nuova scheda di valutazione	Nella relazione finale allegare la Scheda di valutazione standard e date dei controlli
5 3	Clinical governance	M	Definizione di una procedura per l'attività di accoglienza nel CSM	Invio con mail della Procedura elaborata secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Allegare mail di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale
7 3	Appropriatezza setting assistenziale	A	% progetti di inserimento di pazienti in Strutture Riabilitative con l'ausilio di una scala standardizzata di valutazione	> 90% di tutti gli inserimenti effettuati	Report complessivo e analitico per struttura da inserire nella relazione conclusiva annuale
8 3 1	Potenziamento della copertura vaccinale	M	Sensibilizzazione vaccinazione anti influenzale degli operatori sanitari	N. operatori vaccinati 2020 > 2019	Registrazione vaccinazioni sul Sistema GIAVA Obiettivo condiviso tra Dip. Prevenzione, Sorveglianza Sanitaria, DSM, DDP, DMPO e DSS. Certificato dalla Direz. del Dipartimento Prevenzione

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO Dipartimento Salute Mentale

UNITA' OPERATIVA UOC DSM - CSM Area 4

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
2 3	Formazione	B	Realizzazione evento formativo dipartimentale su diffusione ed applicazione di PDTA Disturbi dello Spettro Autistico	Partecipazione almeno 80% degli operatori CSM	Obiettivo comune tra CSM, NPIA e Psicologia Clinica. Nella Relazione finale indicare data, sede, argomento e numero partecipanti
4 3	Appropriatezza setting assistenziale	A	Definizione di una scheda per omogeneizzare le procedure di verifica e controllo nelle strutture psichiatriche riabilitative (con particolare riferimento agli standard di qualità di cui all'art. 12 R.R. 7/2002)	Produzione scheda Controllo annuale di tutte le Strutture con utilizzo della nuova scheda di valutazione	Nella relazione finale allegare la Scheda di valutazione standard e date dei controlli
5 3	Clinical governance	M	Definizione di una procedura per l'attività di accoglienza nel CSM	Invio con mail della Procedura elaborata secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Allegare mail di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale
7 3	Appropriatezza setting assistenziale	A	% progetti di inserimento di pazienti in Strutture Riabilitative con l'ausilio di una scala standardizzata di valutazione	> 90% di tutti gli inserimenti effettuati	Report complessivo e analitico per struttura da inserire nella relazione conclusiva annuale
8 3 1	Potenziamento della copertura vaccinale	M	Sensibilizzazione vaccinazione anti influenzale degli operatori sanitari	N. operatori vaccinati 2020 > 2019	Registrazione vaccinazioni sul Sistema GIAVA Obiettivo condiviso tra Dip. Prevenzione, Sorveglianza Sanitaria, DSM, DDP, DMPO e DSS. Certificato dalla Direz. del Dipartimento Prevenzione

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO Dipartimento Salute Mentale

UNITA' OPERATIVA UOC DSM - CSM Area 5

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
2 3	Formazione	B	Realizzazione evento formativo dipartimentale su diffusione ed applicazione di PDTA Disturbi dello Spettro Autistico	Partecipazione almeno 80% degli operatori CSM	Obiettivo comune tra CSM, NPIA e Psicologia Clinica. Nella Relazione finale indicare data, sede, argomento e numero partecipanti
4 3	Appropriatezza setting assistenziale	A	Definizione di una scheda per omogeneizzare le procedure di verifica e controllo nelle strutture psichiatriche riabilitative (con particolare riferimento agli standard di qualità di cui all'art. 12 R.R. 7/2002)	Produzione scheda Controllo annuale di tutte le Strutture con utilizzo della nuova scheda di valutazione	Nella relazione finale allegare la Scheda di valutazione standard e date dei controlli
5 3	Clinical governance	M	Definizione di una procedura per l'attività di accoglienza nel CSM	Invio con mail della Procedura elaborata secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Allegare mail di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale
7 3	Appropriatezza setting assistenziale	A	% progetti di inserimento di pazienti in Strutture Riabilitative con l'ausilio di una scala standardizzata di valutazione	> 90% di tutti gli inserimenti effettuati	Report complessivo e analitico per struttura da inserire nella relazione conclusiva annuale
8 3 1	Potenziamento della copertura vaccinale	M	Sensibilizzazione vaccinazione anti influenzale degli operatori sanitari	N. operatori vaccinati 2020 > 2019	Registrazione vaccinazioni sul Sistema GIAVA Obiettivo condiviso tra Dip. Prevenzione, Sorveglianza Sanitaria, DSM, DDP, DMPO e DSS. Certificato dalla Direz. del Dipartimento Prevenzione

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO Dipartimento Salute Mentale

UNITA' OPERATIVA UOC DSM - CSM Area 6

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
2 3	Formazione	B	Realizzazione evento formativo dipartimentale su diffusione ed applicazione di PDTA Disturbi dello Spettro Autistico	Partecipazione almeno 80% degli operatori CSM	Obiettivo comune tra CSM, NPIA e Psicologia Clinica. Nella Relazione finale indicare data, sede, argomento e numero partecipanti
4 3	Appropriatezza setting assistenziale	A	Definizione di una scheda per omogeneizzare le procedure di verifica e controllo nelle strutture psichiatriche riabilitative (con particolare riferimento agli standard di qualità di cui all'art. 12 R.R. 7/2002)	Produzione scheda Controllo annuale di tutte le Strutture con utilizzo della nuova scheda di valutazione	Nella relazione finale allegare la Scheda di valutazione standard e date dei controlli
5 3	Clinical governance	M	Definizione di una procedura per l'attività di accoglienza nel CSM	Invio con mail della Procedura elaborata secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Allegare mail di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale
7 3	Appropriatezza setting assistenziale	A	% progetti di inserimento di pazienti in Strutture Riabilitative con l'ausilio di una scala standardizzata di valutazione	> 90% di tutti gli inserimenti effettuati	Report complessivo e analitico per struttura da inserire nella relazione conclusiva annuale
8 3 1	Potenziamento della copertura vaccinale	M	Sensibilizzazione vaccinazione anti influenzale degli operatori sanitari	N. operatori vaccinati 2020 > 2019	Registrazione vaccinazioni sul Sistema GIAVA Obiettivo condiviso tra Dip. Prevenzione, Sorveglianza Sanitaria, DSM, DDP, DMPO e DSS. Certificato dalla Direz. del Dipartimento Prevenzione

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO Dipartimento Salute Mentale

UNITA' OPERATIVA UOC DSM - CSM Area 7

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
2 3	Formazione	B	Realizzazione evento formativo dipartimentale su diffusione ed applicazione di PDTA Disturbi dello Spettro Autistico	Partecipazione almeno 80% degli operatori CSM	Obiettivo comune tra CSM, NPIA e Psicologia Clinica. Nella Relazione finale indicare data, sede, argomento e numero partecipanti
4 3	Appropriatezza setting assistenziale	A	Definizione di una scheda per omogeneizzare le procedure di verifica e controllo nelle strutture psichiatriche riabilitative (con particolare riferimento agli standard di qualità di cui all'art. 12 R.R. 7/2002)	Produzione scheda Controllo annuale di tutte le Strutture con utilizzo della nuova scheda di valutazione	Nella relazione finale allegare la Scheda di valutazione standard e date dei controlli
5 3	Clinical governance	M	Definizione di una procedura per l'attività di accoglienza nel CSM	Invio con mail della Procedura elaborata secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Allegare mail di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale
7 3	Appropriatezza setting assistenziale	A	% progetti di inserimento di pazienti in Strutture Riabilitative con l'ausilio di una scala standardizzata di valutazione	> 90% di tutti gli inserimenti effettuati	Report complessivo e analitico per struttura da inserire nella relazione conclusiva annuale
8 3 1	Potenziamento della copertura vaccinale	M	Sensibilizzazione vaccinazione anti influenzale degli operatori sanitari	N. operatori vaccinati 2020 > 2019	Registrazione vaccinazioni sul Sistema GIAVA Obiettivo condiviso tra Dip. Prevenzione, Sorveglianza Sanitaria, DSM, DDP, DMPO e DSS. Certificato dalla Direz. del Dipartimento Prevenzione

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO Dipartimento Salute Mentale
 UNITA' OPERATIVA UOC DSM - NPIA

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 2 3	Clinical governance	A	Percentuale di nuovi pazienti con implementazione del PDTA Autismo sul totale dei nuovi pazienti, a partire dalla data di approvazione del PDTA	≥ 50%	Subordinato all'approvazione del PDTA da parte dell'UO Rischio Clinico e Qualità entro il 30/06/2020
2 3	Formazione	B	Realizzazione evento formativo dipartimentale su diffusione ed applicazione di PDTA Disturbi dello Spettro Autistico	Partecipazione almeno 80% degli operatori NPIA	Obiettivo comune tra CSM, NPIA e Psicologia Clinica. Nella Relazione finale indicare data, sede, argomento e numero partecipanti
3 3 2	Efficienza organizzativa	M	CUP: attivazione agende prestazioni di Psicologia	Attivazione ed alimentazione agende in tutte le UOS	
6 3	Appropriatezza setting assistenziale	A	% progetti di inserimento di pazienti in Strutture Riabilitative con l'ausilio di una scala standardizzata di valutazione	≥ 60% di tutti gli inserimenti effettuati	Relazione da inviare al Direttore del Dipartimento
7 3 1	Potenziamento della copertura vaccinale	M	Sensibilizzazione vaccinazione anti influenzale degli operatori sanitari	N. operatori vaccinati 2020 > 2019	Registrazione vaccinazioni sul Sistema GIAVA Obiettivo condiviso tra Dip. Prevenzione, Sorveglianza Sanitaria, DSM, DDP, DMPO e DSS. Certificato dalla Direz. del Dipartimento Prevenzione

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO Dipartimento Salute Mentale
 UNITA' OPERATIVA UOSVD DSM - Disturbi del comportamento alimentare

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 3	Appropriatezza setting assistenziale	B	Report semestrale sui dati di attività	N. 2 Report	Da inviare al Direttore del Dipartimento
2 2	Clinical governance	B	Incontri con associazioni dei familiari presenti sul territorio per verifica modalità di collaborazione	Almeno due incontri	Nella Relazione finale descrivere data, sede, argomento e n. partecipanti
3 1	Controllo della spesa	A	Monitoraggio della spesa annua per residenzialità riabilitativa per DCA rispetto al budget assegnato	N. 1 Report relativo al I Semestre 2020 entro il 15/09/2020 N. 1 Report relativo all'anno 2020 entro 28/02/2021	Da inviare al Direttore del Dipartimento
4 4	Lotta allo stigma e inclusione sociale	B	Realizzazione di evento di lotta allo stigma e promozione della salute rivolto a utenti, operatori, popolazione	Almeno 1 evento	Nella Relazione finale descrivere data, sede, argomento e n. partecipanti
5 3	Appropriatezza setting assistenziale	M	Valutazione e predisposizione con monitoraggio di PTR residenziali riabilitativi DCA di competenza ASL BA (comprese proroghe)	Relazione specialistica finale su PTR residenziali/utenti 2019 e confronto anni precedenti	
7 3	Appropriatezza setting assistenziale	A	%pazienti presi in carico e/o rivalutati nel 2020 con applicazione protocollo di valutazione con scale standardizzate riconosciute nei DCA	> 90% dei pazienti presi in carico	
8 2	Clinical governance	M	Programma strutturato di Psicoeducazione per familiari di soggetti con DCA in carico alla UOSVD DCA	Almeno 5 incontri su tematiche specifiche	Nella Relazione finale allegare una relazione sintetica con Scheda programma con n. Incontri, date, tematiche generali e n. medio familiari presenti
9 3 1	Potenziamento della copertura vaccinale	M	Sensibilizzazione vaccinazione anti influenzale degli operatori sanitari	N. operatori vaccinati 2020 > 2019	Registrazione vaccinazioni sul Sistema GIAVA Obiettivo condiviso tra Dip. Prevenzione, Sorveglianza Sanitaria, DSM, DDP, DMPO e DSS. Certificato dalla Direz. del Dipartimento Prevenzione

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019
 Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO Dipartimento Salute Mentale
 UNITA' OPERATIVA UOC DSM - Psicologia Clinica

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
2 3 2	Miglioramento della qualità assistenziale	M	CUP: attivazione agende prestazioni di Psicologia	Attivazione ed alimentazione agende in tutte le UOS nella UOC NPJA	
3 3	Clinical governance	M	Somministrazione di questionario sperimentale di valutazione dell'outcome dei trattamenti psicologici	Somministrazione del questionario ad almeno il 20% degli utenti in trattamento psicologico	Report inviato al Direttore DSM
6 3	Formazione	B	Realizzazione evento formativo dipartimentale su diffusione ed applicazione di PDTA Disturbi dello Spetto Autistico	Partecipazione almeno 80% degli operatori	Obiettivo comune tra CSM, NPJA e Psicologia Clinica. Nella Relazione finale indicare data, sede, argomento e numero partecipanti
7 3 1	Potenziamento della copertura vaccinale	M	Sensibilizzazione vaccinazione anti influenzale degli operatori sanitari	N. operatori vaccinati 2020 > 2019	Registrazione vaccinazioni sul Sistema GIAVA Obiettivo condiviso tra Dip. Prevenzione, Sorveglianza Sanitaria, DSM, DDP, DMPO e DSS. Certificato dalla Direz. del Dipartimento Prevenzione

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO Dipartimento Prevenzione

UNITA' OPERATIVA Dipartimento Prevenzione - Direzione Dipartimento

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note	
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture rispetto all'alimentazione software WCP con % liste abbinate/determine/protocollo >= 80%	Giorni liquidazione fattura ≤ 40 dalla registrazione	Obiettivo rimodulabile in corso d'anno sulla base degli esiti previsti dalla Legge N.145/2018 e D.G.R. N. 1487/2019 Certificato dall'AGRF
2	3	Qualità flussi informativi	M	Trasmissione con mail dei flussi informativi n. 1), 2) e 3) elencati nelle note nel rispetto dello scadenziario	Trasmissione: 1) Trimestrale entro il 10 del mese successivo; Annuale: entro il 30/03/2020 2) Entro il 20/04/2020 3) Entro il 30/11/2020	1) Dati di cui alla Nota Prot. 39157/2016 del D.A. - 2) Dati di attività con scostam. per la Relazione sulla Gestione del D.G.- Bilancio 2019 - 3) Adempim. Legge Prevenz. Corruz. e Trasp. Certificaz.: 1) AGRF; 2) CdG; 3) RPCT
3	3	Percorso attuativo Certificabilità degli Enti del SSR	M	Trasmissione dei prospetti trimestrali di rendicontazione dei Servizi/Prestazioni erogati dal Dipartimento come da Manuale delle Procedure amministrativo-contabili (pagg.31-33)	Trasmissione di N. 4 Prospetti Trimestrali	Certificato da AGRF
7	2	Potenziamento della copertura vaccinale	A	Copertura vaccinale per Influenza negli anziani: attività di promozione e efficientamento	N. 3 verbali di incontri con MMG - Convenzione con farmacie di prossimità - Protocollo aziendale informativo ai soggetti vaccinatori interni ed esterni - Relazione su campagna informativa	Da allegare alla relazione finale
8	3	Potenziamento della copertura vaccinale	A	Vaccinazione anti influenzale degli operatori sanitari	N. operatori vaccinati 2020 > 2019	Registrazione vaccinazioni sul Sistema GIAVA Obiettivo condiviso tra Dip. Prevenzione, Sorveglianza Sanitaria, DSM, DDP, DMPO e DSS. Certificato dalla Direz. del Dipartimento Prevenzione
9	3	Efficienza organizzativa	B	Monitoraggio del grado di raggiungimento degli obiettivi operativi di budget dei SIAV A, B e C	N. 2 Richieste semestrali indirizzate ai Responsabili delle UU.OO. di riferimento	Num.2 richieste da allegare alla Relazione finale
10	3	Efficienza organizzativa	B	Monitoraggio del grado di raggiungimento degli obiettivi operativi di budget del SIAN	N. 2 Richieste semestrali indirizzate ai Responsabili delle UU.OO. di riferimento	Num.2 richieste da allegare alla Relazione finale
11	3	Efficienza organizzativa	M	Semplificaz. e standardizzaz. procedure pratiche SUAP: Linee Guida dipartimentali su modulistica e documentazione da presentare e format parere unico per attività soggette ad autorizzaz.	Proposta di Delibera di Adozione entro il 31/12/2020	Non valutabile in caso di mancata trasmissione della documentazione da parte delle UU.OO.CC.
12	3	Efficienza organizzativa	M	Monitoraggio attività libero professionale per la verifica del rispetto del vincolo di non superamento dei volumi di attività istituzionale	Riscontro alle richieste formulate da Macroarea ALPI D3 relative all'invio mensile dei volumi di attività ALPI con la dichiarazione dei volumi mensili di attività istituz. corrispondenti	Allegare Note di riscontro nella Relazione finale
13	3	Efficienza organizzativa	M	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale	Riscontro entro 10 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo	Certificato dal Direttore Amministrativo Aziendale

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera équipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera équipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO Dipartimento Prevenzione
 UNITA' OPERATIVA UOC D. PREV. - SISP - Area Metropolitana

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
2 3	Qualità flussi informativi	M	Trasmissione con mail dei flussi informativi n. 1), 2) e 3) elencati nelle note nel rispetto dello scadenziario	Trasmissione:1) Trimestrale entro il 10 del mese successivo; Annuale: entro il 30/03/2020) Entro il 20/04/2020) Entro il 30/11/2020	1) Dati di cui alla Nota Prot. 39157/2016 del D.A. riferito a progetti finanz. da altri enti - 2) Dati di attività con scostam. per la Relaz. sulla Gest. del D.G.-Bilancio 2019 - 3) Ademp. Legge Prevenz. Corruz. e Trasp. Certificaz.: 1)AGRF; 2)CdG; 3) RPCT
3 3	Qualità flussi informativi	M	Flussi informativi trasmessi entro i termini previsti / totale flussi informativi di competenza	100%	Obiettivo certificato dalla Direzione del Dipartimento
4 3	Percorso attuativo Certificabilità degli Enti del SSR	M	Trasmissione dei prospetti trimestrali di rendicontazione dei Servizi/Prestazioni erogati dal Dipartimento come da Manuale delle Procedure amministrativo-contabili (pagg.31-33)	Trasmissione di N. 4 Prospetti Trimestrali	Certificato da AGRF
5 3	Efficienza organizzativa	M	Monitoraggio attività libero professionale per la verifica del rispetto del vincolo di non superamento dei volumi di attività istituzionale	Riscontro alle richieste formulate da Macroarea ALPI D3 relative all'invio mensile dei volumi di attività ALPI con la dichiarazione dei volumi mensili di attività istituz. corrispondenti	Allegare Note di riscontro nella Relazione finale
6 3	Efficienza organizzativa	A	Semplificaz. e standardizzaz. procedure pratiche SUAP: Linee Guida per le attività di competenza su modulistica e documentazione da presentare e format parere unico per attività soggette ad autorizzaz.	Redazione e trasmissione alla Direzione del Dipartimento di Prevenzione entro il 30/11/2020	Indicare nella Relazione finale il N. protocollo di invio
7 3	Potenziamento attività di Sorveglianza e Prevenzione Malattie Infettive Trasmissibili	A	Redazione procedure aziendali in Materia di Sorveglianza Epidemiologica delle Malattie Infettive Trasmissibili	Invio con mail alla Direzione Sanitaria per la validazione per il tramite della Direzione del Dipartimento	Allegare mail di invio alla Relazione finale
8 3	Potenziamento attività di Sorveglianza e Prevenzione Malattie Infettive Trasmissibili	A	Vaccinazione antimeningococco B: completamento 3' dose su Coorte 2018	80%	
9 3	Potenziamento attività di Sorveglianza e Prevenzione Malattie Infettive Trasmissibili	A	Vaccinazione antimeningococco Tetravalente Coorte 2006	0.7	
10 3	Potenziamento attività di Prevenzione dai rischi sanitari	A	Redazione procedura aziendale in materia di gestione del rischio sanitario nell'ambito dei Procedimenti Ambientali	Invio con mail alla Direzione Sanitaria per la validazione per il tramite del Direzione del Dipartimento	Allegare mail di invio alla Relazione finale
11 3	Potenziamento attività di controllo	A	Attività verificate ad alto rischio ex D.Lgs 222/2016/totale attività ad Alto rischio ex D.Lgs 222/2016	20%	Triennio 2019/2021
12 3	Potenziamento attività di controllo	A	N. Piscine Pubbliche o Private Controllate/N. Totale Piscine Pubbliche o Private Censite	100%	Come da Programma Regionale, giusta nota della Regione Puglia AOO 152/2205 del 30.6.2020
13 3	Efficienza organizzativa	M	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale	Riscontro entro 5 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore del Dipartimento	Certificato dal Direttore del Dipartimento

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO Dipartimento Prevenzione
 UNITA' OPERATIVA UOC D. PREV. - SISP - Area Nord

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
2 3	Qualità flussi informativi	M	Trasmissione con mail dei flussi informativi n. 1), 2) e 3) elencati nelle note nel rispetto dello scadenziario	Trasmissione:1) Trimestrale entro il 10 del mese successivo; Annuale: entro il 30/03/2020) Entro il 20/04/2020) Entro il 30/11/2020	1) Dati di cui alla Nota Prot. 39157/2016 del D.A. riferito a progetti finanz. da altri enti - 2) Dati di attività con scostam. per la Relaz. sulla Gest. del D.G.-Bilancio 2019 - 3) Ademp. Legge Prevenz. Corruz. e Trasp. Certificaz.: 1)AGRF; 2)CdG; 3) RPCT
3 3	Qualità flussi informativi	M	Flussi informativi trasmessi entro i termini previsti / totale flussi informativi di competenza	100%	Obiettivo certificato dalla Direzione del Dipartimento
4 3	Percorso attuativo Certificabilità degli Enti del SSR	M	Trasmissione dei prospetti trimestrali di rendicontazione dei Servizi/Prestazioni erogati dal Dipartimento come da Manuale delle Procedure amministrativo-contabili (pagg.31-33)	Trasmissione di N. 4 Prospetti Trimestrali	Certificato da AGRF
5 3	Efficienza organizzativa	M	Monitoraggio attività libero professionale per la verifica del rispetto del vincolo di non superamento dei volumi di attività istituzionale	Riscontro alle richieste formulate da Macroarea ALPI D3 relative all'invio mensile dei volumi di attività ALPI con la dichiarazione dei volumi mensili di attività istituz. corrispondenti	Allegare Note di riscontro nella Relazione finale
6 3	Efficienza organizzativa	A	Semplificaz. e standardizzaz. procedure pratiche SUAP: Linee Guida per le attività di competenza su modulistica e documentazione da presentare e format parere unico per attività soggette ad autorizzaz.	Redazione e trasmissione alla Direzione del Dipartimento di Prevenzione entro il 30/11/2020	Indicare nella Relazione finale il N. protocollo di invio
7 3	Potenziamento attività di Sorveglianza e Prevenzione Malattie Infettive Trasmissibili	A	Redazione procedure aziendali in Materia di Sorveglianza Epidemiologica delle Malattie Infettive Trasmissibili	Invio con mail alla Direzione Sanitaria per la validazione per il tramite della Direzione del Dipartimento	Allegare mail di invio alla Relazione finale
8 3	Potenziamento attività di Sorveglianza e Prevenzione Malattie Infettive Trasmissibili	A	Vaccinazione antimeningococco B: completamento 3' dose su Coorte 2018	80%	
9 3	Potenziamento attività di Sorveglianza e Prevenzione Malattie Infettive Trasmissibili	A	Vaccinazione antimeningococco Tetravalente Coorte 2006	0.7	
10 3	Potenziamento attività di Prevenzione dai rischi sanitari	A	Redazione procedura aziendale in materia di gestione del rischio sanitario nell'ambito dei Procedimenti Ambientali	Invio con mail alla Direzione Sanitaria per la validazione per il tramite del Direzione del Dipartimento	Allegare mail di invio alla Relazione finale
11 3	Potenziamento attività di controllo	A	Attività verificate ad alto rischio ex D.Lgs 222/2016/totale attività ad Alto rischio ex D.Lgs 222/2016	20%	Triennio 2019/2021
12 3	Potenziamento attività di controllo	A	N. Piscine Pubbliche o Private Controllate/N. Totale Piscine Pubbliche o Private Censite	100%	Come da Programma Regionale, giusta nota della Regione Puglia AOO 152/2205 del 30.6.2020
13 3	Efficienza organizzativa	M	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale	Riscontro entro 5 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore del Dipartimento	Certificato dal Direttore del Dipartimento

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO Dipartimento Prevenzione
UNITA' OPERATIVA **UOC D. PREV. - SISP - Area Sud**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
2 3	Qualità flussi informativi	M	Trasmissione con mail dei flussi informativi n. 1), 2) e 3) elencati nelle note nel rispetto dello scadenziario	Trasmissione:1) Trimestrale entro il 10 del mese successivo; Annuale: entro il 30/03/2020) Entro il 20/04/2020) Entro il 30/11/2020	1) Dati di cui alla Nota Prot. 39157/2016 del D.A. riferito a progetti finanz. da altri enti - 2) Dati di attività con scostam. per la Relaz. sulla Gest. del D.G.-Bilancio 2019 - 3) Ademp. Legge Prevenz. Corruz. e Trasp. Certificaz.: 1)AGRF; 2)CdG; 3) RPCT
3 3	Qualità flussi informativi	M	Flussi informativi trasmessi entro i termini previsti / totale flussi informativi di competenza	100%	Obiettivo certificato dalla Direzione del Dipartimento
4 3	Percorso attuativo Certificabilità degli Enti del SSR	M	Trasmissione dei prospetti trimestrali di rendicontazione dei Servizi/Prestazioni erogati dal Dipartimento come da Manuale delle Procedure amministrativo-contabili (pagg.31-33)	Trasmissione di N. 4 Prospetti Trimestrali	Certificato da AGRF
5 3	Efficienza organizzativa	M	Monitoraggio attività libero professionale per la verifica del rispetto del vincolo di non superamento dei volumi di attività istituzionale	Riscontro alle richieste formulate da Macroarea ALPI D3 relative all'invio mensile dei volumi di attività ALPI con la dichiarazione dei volumi mensili di attività istituz. corrispondenti	Allegare Note di riscontro nella Relazione finale
6 3	Efficienza organizzativa	A	Semplificaz. e standardizzaz. procedure pratiche SUAP: Linee Guida per le attività di competenza su modulistica e documentazione da presentare e format parere unico per attività soggette ad autorizzaz.	Redazione e trasmissione alla Direzione del Dipartimento di Prevenzione entro il 30/11/2020	Indicare nella Relazione finale il N. protocollo di invio
7 3	Potenziamento attività di Sorveglianza e Prevenzione Malattie Infettive Trasmissibili	A	Redazione procedure aziendali in Materia di Sorveglianza Epidemiologica delle Malattie Infettive Trasmissibili	Invio con mail alla Direzione Sanitaria per la validazione per il tramite del Direzione del Dipartimento	Allegare mail di invio alla Relazione finale
8 3	Potenziamento attività di Sorveglianza e Prevenzione Malattie Infettive Trasmissibili	A	Vaccinazione antimeningococco B: completamento 3' dose su Coorte 2018	80%	
9 3	Potenziamento attività di Sorveglianza e Prevenzione Malattie Infettive Trasmissibili	A	Vaccinazione antimeningococco Tetravalente Coorte 2006	0.7	
10 3	Potenziamento attività di Prevenzione dai rischi sanitari	A	Redazione procedura aziendale in materia di gestione del rischio sanitario nell'ambito dei Procedimenti Ambientali	Invio con mail alla Direzione Sanitaria per la validazione per il tramite del Direzione del Dipartimento	Allegare mail di invio alla Relazione finale
11 3	Potenziamento attività di controllo	A	Attività verificate ad alto rischio ex D.Lgs 222/2016/totale attività ad Alto rischio ex D.Lgs 222/2016	20%	Triennio 2019/2021
12 3	Potenziamento attività di controllo	A	N. Piscine Pubbliche o Private Controllate/N. Totale Piscine Pubbliche o Private Censite	100%	Come da Programma Regionale, giusta nota della Regione Puglia AOO 152/2205 del 30.6.2020
13 3	Efficienza organizzativa	M	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale	Riscontro entro 5 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore del Dipartimento	Certificato dal Direttore del Dipartimento

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO Dipartimento Prevenzione
 UNITA' OPERATIVA UOC D. PREV. - SPESAL - Area Metropolitana

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note	
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture rispetto all'alimentazione software WCP con % liste abbinate/determine/protocollo >= 80%	Giorni consegna alla Direzione del Dipartimento della determina di liquidazione < 15 gg dalla registrazione delle fatture	Data di consegna della determina al Dipartimento di Prevenzione. Certificato dalla Direzione del Dipartimento
2	3	Qualità flussi informativi	M	Trasmissione con mail dei flussi informativi n. 1), 2) e 3) elencati nelle note nel rispetto dello scadenziario	Trasmissione: 1) Trimestrale entro il 10 del mese successivo; Annuale: entro il 30/03/2020 2) Entro il 20/04/2020 3) Entro il 30/11/2020	1) Dati di cui alla Nota Prot. 39157/2016 del D.A. - 2) Dati di attività con scostam. per la Relazione sulla Gestione del D.G.- Bilancio 2019 - 3) Adempim. Legge Prevenz. Corruz. e Trasp. Certificaz.: 1) AGRF; 2) CdG; 3) RPCT
3	3	Percorso attuativo Certificabilità degli Enti del SSR	M	Trasmissione dei prospetti trimestrali di rendicontazione dei Servizi/Prestazioni erogati dal Dipartimento come da Manuale delle Procedure amministrativo-contabili (pagg.31-33)	Trasmissione di N. 4 Prospetti Trimestrali	Certificato da AGRF
4	3	Efficienza organizzativa	A	Semplificaz. e standardizzaz. procedure pratiche SUAP: Linee Guida per le attività di competenza su modulistica e documentazione da presentare e format parere unico per attività soggette ad autorizzaz.	Redazione e trasmissione alla Direzione del Dipartimento di Prevenzione entro il 30/11/2020	Indicare nella Relazione finale il N. protocollo di invio
5	3	Qualità flussi informativi	M	Flussi informativi trasmessi entro i termini previsti / totale flussi informativi di competenza	100%	Obiettivo certificato dalla Direzione del Dipartimento
6	2	Miglioramento della qualità percepita	B	N° questionari predisposti dalla Direz. del Dipartimento per la rilevazione della qualità percepita somministrati all'utenza	≥ 50	Elaboraz. dati e relazione conclusiva con individuazione di eventuali proposte correttive a cura dell'UO da inviare entro il 31/12 alla Direz. del Dipartimento
7	3	Efficienza dei Servizi di Prevenzione	A	N. aziende ispezionate/N. aziende con dipendenti	0.04	Subordinato alla integrazione della dotazione organica Spesal di cui alla DDG 1178 del 5/7/2019
8	3	Salute e sicurezza nei luoghi di lavoro: Piano edilizia	A	Percentuale di cantieri ispezionati sul territorio aziendale/Tot. Cantieri notificati sul territorio aziendale nell'anno precedente	> 10%	Report riepilogativo da inviare al Direttore del Dipartimento. Fonte: Registri di attività
9	3	Efficienza organizzativa	M	Elaborazione di protocollo provinciale (Procedure e strumenti) per la valutazione standardizzata del rischio rumore	Trasmissione del Protocollo e dei relativi strumenti al Direttore del Dipartimento di Prevenzione	Allegare mail di invio nella Relazione finale
10	3	Salute e sicurezza nei luoghi di lavoro: rischio chimico/cancerogeni	A	Numero di aziende verificate per rischio da chemicals, con particolare riferimento al comparto metalmeccanica	40	Report riepilogativo da inviare al Direttore del Dipartimento. Fonte: Registri di attività
11	3	Salute e sicurezza nei luoghi di lavoro: Piano MSK	A	Numero di aziende verificate per il rischio MSK	40	Report riepilogativo da inviare al Direttore del Dipartimento. Fonte: Registri di attività
12	3	Efficienza organizzativa	M	Ridefinizione su tutto l'ambito provinciale delle procedure per la gestione dei ricorsi ex art.41 del dlgs 81/08: regolamento di funzionamento del Collegio Provinciale	Trasmissione della proposta di atto deliberativo di adozione del Regolamento per il funzionamento del Collegio Provinciale al Direttore del Dipartimento di Prevenzione	Allegare mail di invio nella Relazione finale
13	3	Efficienza organizzativa	M	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale	Riscontro entro 5 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore del Dipartimento	Certificato dal Direttore del Dipartimento

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO Dipartimento Prevenzione
 UNITA' OPERATIVA UOC D. PREV. - SPESAL - Area Nord

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note	
1	1	A	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture rispetto all'alimentazione software WCP con % liste abbinate/determine/protocollo >= 80%	Giorni consegna alla Direzione del Dipartimento della determina di liquidazione < 15 gg dalla registrazione delle fatture	Data di consegna della determina al Dipartimento di Prevenzione. Certificato dalla Direzione del Dipartimento
2	3	M	Qualità flussi informativi	Trasmissione con mail dei flussi informativi n. 1), 2) e 3) elencati nelle note nel rispetto dello scadenziario	Trasmissione: 1) Trimestrale entro il 10 del mese successivo; Annuale: entro il 30/03/2020 2) Entro il 20/04/2020 3) Entro il 30/11/2020	1) Dati di cui alla Nota Prot. 39157/2016 del D.A. - 2) Dati di attività con scostam. per la Relazione sulla Gestione del D.G.- Bilancio 2019 - 3) Adempim. Legge Prevenz. Corruz. e Trasp. Certificaz.: 1) AGRF; 2) CdG; 3) RPCT
3	3	M	Percorso attuativo Certificabilità degli Enti del SSR	Trasmissione dei prospetti trimestrali di rendicontazione dei Servizi/Prestazioni erogati dal Dipartimento come da Manuale delle Procedure amministrativo-contabili (pagg.31-33)	Trasmissione di N. 4 Prospetti Trimestrali	Certificato da AGRF
4	3	A	Efficienza organizzativa	Semplificaz. e standardizzaz. procedure pratiche SUAP: Linee Guida per le attività di competenza su modulistica e documentazione da presentare e format parere unico per attività soggette ad autorizzaz.	Redazione e trasmissione alla Direzione del Dipartimento di Prevenzione entro il 30/11/2020	Indicare nella Relazione finale il N. protocollo di invio
5	3	A	Salute e sicurezza nei luoghi di lavoro nelle attività agricole e zootecniche	Numero di aziende agricole e zootecniche con dipendenti vigilate nell'annualità di riferimento	35	Report riepilogativo da inviare al Direttore del Dipartimento. Fonte: Registri di attività
6	3	M	Qualità flussi informativi	Flussi informativi trasmessi entro i termini previsti / totale flussi informativi di competenza	100%	Obiettivo certificato dalla Direzione del Dipartimento
7	2	B	Miglioramento della qualità percepita	N° questionari predisposti dalla Direz. del Dipartimento per la rilevazione della qualità percepita somministrati all'utenza	≥ 50	Elaboraz. dati e relazione conclusiva con individuazione di eventuali proposte correttive a cura dell'UO da inviare entro il 31/12 alla Direz. del Dipartimento
8	3	A	Efficienza dei Servizi di Prevenzione	N. aziende ispezionate/N. aziende con dipendenti	0.04	Subordinato alla integrazione della dotazione organica Spesal di cui alla DDG 1178 del 5/7/2019
9	3	A	Salute e sicurezza nei luoghi di lavoro: Piano edilizia	Percentuale di cantieri ispezionati sul territorio aziendale/Tot. Cantieri notificati sul territorio aziendale nell'anno precedente	> 7%	Report riepilogativo da inviare al Direttore del Dipartimento. Fonte: Registri di attività
10	3	M	Efficienza organizzativa	Elaborazione di protocollo provinciale (Procedure e strumenti) per la valutazione standardizzata del rischio rumore	Trasmissione del Protocollo e dei relativi strumenti al Direttore del Dipartimento di Prevenzione	Allegare mail di invio nella Relazione finale
11	3	A	Salute e sicurezza nei luoghi di lavoro: rischio chimico/cancerogeni	Numero di aziende verificate per rischio da chemicals, con particolare riferimento al comparto metalmeccanica	15	Report riepilogativo da inviare al Direttore del Dipartimento. Fonte: Registri di attività
12	3	A	Salute e sicurezza nei luoghi di lavoro: Piano MSK	Numero di aziende verificate per il rischio MSK	30	Report riepilogativo da inviare al Direttore del Dipartimento. Fonte: Registri di attività
13	3	M	Efficienza organizzativa	Ridefinizione su tutto l'ambito provinciale delle procedure per la gestione dei ricorsi ex art.41 del dlgs 81/08: regolamento di funzionamento del Collegio Provinciale	Trasmissione della proposta di atto deliberativo di adozione del Regolamento per il funzionamento del Collegio Provinciale al Direttore del Dipartimento di Prevenzione	Allegare mail di invio nella Relazione finale
14	3	M	Efficienza organizzativa	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale	Riscontro entro 5 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore del Dipartimento	Certificato dal Direttore del Dipartimento

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera équipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera équipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO Dipartimento Prevenzione
 UNITA' OPERATIVA UOC D. PREV. - SPESAL - Area Sud

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note	
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture rispetto all'alimentazione software WCP con % liste abbinate/determine/protocollo >= 80%	Giorni consegna alla Direzione del Dipartimento della determina di liquidazione < 15 gg dalla registrazione delle fatture	Data di consegna della determina al Dipartimento di Prevenzione. Certificato dalla Direzione del Dipartimento
2	3	Qualità flussi informativi	M	Trasmissione con mail dei flussi informativi n. 1), 2) e 3) elencati nelle note nel rispetto dello scadenziario	Trasmissione: 1) Trimestrale entro il 10 del mese successivo; Annuale: entro il 30/03/2020 2) Entro il 20/04/2020 3) Entro il 30/11/2020	1) Dati di cui alla Nota Prot. 39157/2016 del D.A. - 2) Dati di attività con scostam. per la Relazione sulla Gestione del D.G.- Bilancio 2019 - 3) Adempim. Legge Prevenz. Corruz. e Trasp. Certificaz.: 1) AGRF; 2) CdG; 3) RPCT
3	3	Percorso attuativo Certificabilità degli Enti del SSR	M	Trasmissione dei prospetti trimestrali di rendicontazione dei Servizi/Prestazioni erogati dal Dipartimento come da Manuale delle Procedure amministrativo-contabili (pagg.31-33)	Trasmissione di N. 4 Prospetti Trimestrali	Certificato da AGRF
4	3	Salute e sicurezza nei luoghi di lavoro nelle attività agricole e zootecniche	A	Numero di aziende agricole e zootecniche con dipendenti vigilate nell'annualità di riferimento	35	Report riepilogativo da inviare al Direttore del Dipartimento. Fonte: Registri di attività
5	3	Efficienza organizzativa	A	Semplificaz. e standardizzaz. procedure pratiche SUAP: Linee Guida per le attività di competenza su modulistica e documentazione da presentare e format parere unico per attività soggette ad autorizzaz.	Redazione e trasmissione alla Direzione del Dipartimento di Prevenzione entro il 30/11/2020	Indicare nella Relazione finale il N. protocollo di invio
6	3	Qualità flussi informativi	M	Flussi informativi trasmessi entro i termini previsti / totale flussi informativi di competenza	100%	Obiettivo certificato dalla Direzione del Dipartimento
7	2	Miglioramento della qualità percepita	B	N° questionari predisposti dalla Direz. del Dipartimento per la rilevazione della qualità percepita somministrati all'utenza	≥ 50	Elaboraz. dati e relazione conclusiva con individuazione di eventuali proposte correttive a cura dell'UO da inviare entro il 31/12 alla Direz. del Dipartimento
8	3	Efficienza dei Servizi di Prevenzione	A	N. aziende ispezionate/N. aziende con dipendenti	0.04	Subordinato alla integrazione della dotazione organica Spesal di cui alla DDG 1178 del 5/7/2019
9	3	Salute e sicurezza nei luoghi di lavoro: Piano edilizia	A	Percentuale di cantieri ispezionati sul territorio aziendale/Tot. Cantieri notificati sul territorio aziendale nell'anno precedente	> 6%	Report riepilogativo da inviare al Direttore del Dipartimento. Fonte: Registri di attività
10	3	Efficienza organizzativa	M	Elaborazione e Adozione di procedure a livello provinciale per la gestione della vigilanza nel comparto agricolo	Trasmissione del Protocollo e dei relativi strumenti al Direttore del Dipartimento di Prevenzione	Allegare mail di invio nella Relazione finale
11	3	Salute e sicurezza nei luoghi di lavoro: Piano agricoltura	A	Numero di aziende agricole o zootecniche con dipendenti vigilate nell'anno	35	Report riepilogativo da inviare al Direttore del Dipartimento. Fonte: Registri di attività
12	3	Salute e sicurezza nei luoghi di lavoro: rischio chimico/cancerogeni	A	Numero di aziende verificate per rischio da agenti chimici/cancerogeni	35	Report riepilogativo da inviare al Direttore del Dipartimento. Fonte: Registri di attività
14	3	Efficienza organizzativa	M	Ridefinizione su tutto l'ambito provinciale delle procedure per la gestione dei ricorsi ex art.41 del dlgs 81/08: regolamento di funzionamento del Collegio Provinciale	Trasmissione della proposta di atto deliberativo di adozione del Regolamento per il funzionamento del Collegio Provinciale al Direttore del Dipartimento di Prevenzione	Allegare mail di invio nella Relazione finale
15	3	Efficienza organizzativa	M	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale	Riscontro entro 5 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore del Dipartimento	Certificato dal Direttore del Dipartimento

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera équipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera équipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019
 Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO Dipartimento Prevenzione
 UNITA' OPERATIVA UOC D. PREV. - SIAN - Area Metropolitana

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
2	3	Qualità flussi informativi	M Trasmissione con mail dei flussi informativi n. 1), 2) e 3) elencati nelle note nel rispetto dello scadenario	Trasmissione:1) Trimestrale entro il 10 del mese successivo; Annuale: entro il 30/03/2020) Entro il 20/04/2020) Entro il 30/11/2020	1) Dati di cui alla Nota Prot. 39157/2016 del D.A. riferito a progetti finanz. da altri enti - 2) Dati di attività con scostam. per la Relaz. sulla Gest. del D.G.-Bilancio 2019 - 3) Ademp. Legge Prevenz. Corruz. e Trasp. Certificaz.: 1)AGRF; 2)CdG; 3) RPCT
3	3	Percorso attuativo Certificabilità degli Enti del SSR	M Trasmissione dei prospetti trimestrali di rendicontazione dei Servizi/Prestazioni erogati dal Dipartimento come da Manuale delle Procedure amministrativo-contabili (pagg.31-33)	Trasmissione di N. 4 Prospetti Trimestrali	Certificato da AGRF
4	3	Efficienza organizzativa	M Monitoraggio attività libero professionale per la verifica del rispetto del vincolo di non superamento dei volumi di attività istituzionale	Riscontro alle richieste formulate da Macroarea ALPI D3 relative all'invio mensile dei volumi di attività ALPI con la dichiarazione dei volumi mensili di attività istituz. corrispondenti	Allegare Note di riscontro nella Relazione finale
5	3	Efficienza organizzativa	A Semplificaz. e standardizzaz. procedure pratiche SUAP: Linee Guida per le attività di competenza su modulistica e documentazione da presentare e format parere unico per attività soggette ad autorizzaz.	Redazione e trasmissione alla Direzione del Dipartimento di Prevenzione entro il 30/11/2020	Indicare nella Relazione finale il N. protocollo di invio
6	3	Efficienza Organizzativa	B Monitoraggio del grado di raggiungimento degli obiettivi	Trasmissione 2 Report semestrali	Da inviare via mail alla Direzione del Dipartimento e da allegare alla Relazione finale chesarà trasmessa al Direttore del Dipartimento di Prevenzione
7	3	Qualità flussi informativi	M Flussi informativi trasmessi entro i termini previsti / totale flussi informativi di competenza	100%	Obiettivo certificato dalla Direzione del Dipartimento
8	3	Formazione	B Formazione operatori di settore Alimentare (OSA)	Organizzazione di almeno un evento ECM riguardante la sicurezza nutrizionale/alimentare	Nella Relazione di fine anno descrivere data, sede, argomento e n. partecipanti
9	3	Formazione	B Formazione operatori di settore Alimentare (OSA)	Organizzazione di almeno un Corso per Macroarea riguardante riguardante Celiachia/Allergie alimentari	Nella Relazione di fine anno descrivere data, sede, argomento e n. partecipanti
11	3	Promozione sicurezza alimentare	A Controlli congiunti con SIAV B su ristorazione scolastica e Socio Assistenziale	Almeno 4 verifiche	Obiettivo condiviso con U.O.C. SIAV B
12	3	Implementazione Piano Regionale CC.UU. di residui di prodotti fitosanitari	A Controlli ispettivi e documentali e prelievo campioni operati/totale controlli ispettivi e documentali e prelievo campioni	0.8	
13	3	Efficienza organizzativa	M Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale	Riscontro entro 5 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore del Dipartimento	Certificato dal Direttore del Dipartimento

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO Dipartimento Prevenzione
 UNITA' OPERATIVA UOC D. PREV. - SIAN - Area Nord

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
2 3	Qualità flussi informativi	M	Trasmissione con mail dei flussi informativi n. 1), 2) e 3) elencati nelle note nel rispetto dello scadenziario	Trasmissione:1) Trimestrale entro il 10 del mese successivo; Annuale: entro il 30/03/2020) Entro il 20/04/2020) Entro il 30/11/2020	1) Dati di cui alla Nota Prot. 39157/2016 del D.A. riferito a progetti finanz. da altri enti - 2) Dati di attività con scostam. per la Relaz. sulla Gest. del D.G.-Bilancio 2019 - 3) Ademp. Legge Prevenz. Corruz. e Trasp. Certificaz.: 1)AGRF; 2)CdG; 3) RPCT
3 3	Percorso attuativo Certificabilità degli Enti del SSR	M	Trasmissione dei prospetti trimestrali di rendicontazione dei Servizi/Prestazioni erogati dal Dipartimento come da Manuale delle Procedure amministrativo-contabili (pagg.31-33)	Trasmissione di N. 4 Prospetti Trimestrali	Certificato da AGRF
4 3	Efficienza organizzativa	M	Monitoraggio attività libero professionale per la verifica del rispetto del vincolo di non superamento dei volumi di attività istituzionale	Riscontro alle richieste formulate da Macroarea ALPI D3 relative all'invio mensile dei volumi di attività ALPI con la dichiarazione dei volumi mensili di attività istituz. corrispondenti	Allegare Note di riscontro nella Relazione finale
5 3	Efficienza organizzativa	A	Semplificaz. e standardizzaz. procedure pratiche SUAP: Linee Guida per le attività di competenza su modulistica e documentazione da presentare e format parere unico per attività soggette ad autorizzaz.	Redazione e trasmissione alla Direzione del Dipartimento di Prevenzione entro il 30/11/2020	Indicare nella Relazione finale il N. protocollo di invio
6 3	Efficienza Organizzativa	B	Monitoraggio del grado di raggiungimento degli obiettivi	Trasmissione 2 Report semestrali	Da inviare via mail alla Direzione del Dipartimento e da allegare alla Relazione finale chesarà trasmessa al Direttore del Dipartimento di Prevenzione
7 3	Qualità flussi informativi	M	Flussi informativi trasmessi entro i termini previsti / totale flussi informativi di competenza	100%	Obiettivo certificato dalla Direzione del Dipartimento
8 3	Promozione sicurezza alimentare	A	Controlli mirati utilizzo di sale iodato presso ristorazione collettiva	≥ 30	Completamento biennio precedente
9 3	Formazione	A	Formazione operatori di settore Alimentare (OSA)	Organizzazione di un Corso riguardante Celiachia/Allergie alimentari	Nella Relazione di fine anno descrivere data, sede, argomento e n. partecipanti
10 3	Formazione	A	Organizzazione e realizzazione di un corso su procedure semplificate autocontrollo per micro-imprese	Realizzazione di un corso	Nella Relazione di fine anno descrivere data, sede, argomento e n. partecipanti
11 3	Promozione sicurezza alimentare	M	Controlli congiunti con SIAV B su industrie alimentari, ristorazione scolastica e Socio Assistenziale	Almeno 4 verifiche	Obiettivo condiviso con U.O.C. SIAV B
12 3	Efficienza organizzativa	M	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale	Riscontro entro 5 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore del Dipartimento	Certificato dal Direttore del Dipartimento

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019
 Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO Dipartimento Prevenzione
 UNITA' OPERATIVA UOC D. PREV. - SIAN - Area Sud

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
2 3	Qualità flussi informativi	M	Trasmissione con mail dei flussi informativi n. 1), 2) e 3) elencati nelle note nel rispetto dello scadenziario	Trasmissione:1) Trimestrale entro il 10 del mese successivo; Annuale: entro il 30/03/2020) Entro il 20/04/2020) Entro il 30/11/2020	1) Dati di cui alla Nota Prot. 39157/2016 del D.A. riferito a progetti finanz. da altri enti - 2) Dati di attività con scostam. per la Relaz. sulla Gest. del D.G.-Bilancio 2019 - 3) Ademp. Legge Prevenz. Corruz. e Trasp. Certificaz.: 1)AGRF; 2)CdG; 3) RPCT
3 3	Percorso attuativo Certificabilità degli Enti del SSR	M	Trasmissione dei prospetti trimestrali di rendicontazione dei Servizi/Prestazioni erogati dal Dipartimento come da Manuale delle Procedure amministrativo-contabili (pagg.31-33)	Trasmissione di N. 4 Prospetti Trimestrali	Certificato da AGRF
4 3	Efficienza organizzativa	M	Monitoraggio attività libero professionale per la verifica del rispetto del vincolo di non superamento dei volumi di attività istituzionale	Riscontro alle richieste formulate da Macroarea ALPI D3 relative all'invio mensile dei volumi di attività ALPI con la dichiarazione dei volumi mensili di attività istituz. corrispondenti	Allegare Note di riscontro nella Relazione finale
5 3	Efficienza organizzativa	A	Semplificaz. e standardizzaz. procedure pratiche SUAP: Linee Guida per le attività di competenza su modulistica e documentazione da presentare e format parere unico per attività soggette ad autorizzaz.	Redazione e trasmissione alla Direzione del Dipartimento di Prevenzione entro il 30/11/2020	Indicare nella Relazione finale il N. protocollo di invio
6 3	Efficienza Organizzativa	B	Monitoraggio del grado di raggiungimento degli obiettivi	Trasmissione 2 Report semestrali	Da inviare via mail alla Direzione del Dipartimento e da allegare alla Relazione finale chesarà trasmessa al Direttore del Dipartimento di Prevenzione
7 3	Qualità flussi informativi	M	Flussi informativi trasmessi entro i termini previsti / totale flussi informativi di competenza	100%	Obiettivo certificato dalla Direzione del Dipartimento
9 3	Formazione	M	Formazione operatori di settore Alimentare (OSA)	Organizzazione di almeno un Corso per Macroarea riguardante riguardante Celiachia/Allergie alimentari	DGR n.2272/2012 Nella Relazione di fine anno descrivere data, sede, argomento e n. partecipanti
10 3	Promozione sicurezza alimentare	A	Controlli su attività di deposito produzione e commercializzazione MOCA	Almeno 5 controlli	PRC 2018-2020
11 3	Promozione sicurezza alimentare	A	Controlli congiunti con SIAV B su ristorazione scolastica e Socio Assistenziale	Almeno 3 verifiche	Obiettivo condiviso con U.O.C. SIAV B
12 3	Efficienza organizzativa	M	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale	Riscontro entro 5 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore del Dipartimento	Certificato dal Direttore del Dipartimento

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO Dipartimento Prevenzione
 UNITA' OPERATIVA UOSVD D. PREV. - SIAV-A - Area Metropolitana

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note	
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture rispetto all'alimentazione software WCP con % liste abbinate/determine/protocollo >= 80%	Giorni consegna alla Direzione del Dipartimento della determina di liquidazione < 15 gg dalla registrazione delle fatture	Data di consegna della determina al Dipartimento di Prevenzione. Certificato dalla Direzione del Dipartimento
2	3	Qualità flussi informativi	M	Trasmissione con mail dei flussi informativi n. 1), 2) e 3) elencati nelle note nel rispetto dello scadenziario	Trasmissione: 1) Trimestr. entro il 10 del mese succ.; Annuale: entro il 30/03/2020 2) Entro il 20/04/2020 - 3) Entro il 30/11/2020	1) Rif. Nota Prot. 39157/2016 del D.A. - 2) Dati di attività con scostam. per la Relaz. sulla Gestione del D.G.-Bilancio 2019 - 3) Legge Prevenz. Corruz. e Trasp. Certificaz.: 1) AGRF; 2) CdG; 3) RPCT
3	3	Percorso attuativo Certificabilità degli Enti del SSR	M	Trasmissione prospetti trimestrali di rendicontazione dei Servizi/Prestazioni erogati dal Dip. come da Manuale delle Procedure amministrativo-contabili (pagg. 31-33)	Trasmissione di N. 4 Prospetti Trimestrali	Certificato da AGRF
4	3	Efficienza organizzativa	M	Monitoraggio attività libero professionale per la verifica del rispetto del vincolo di non superamento dei volumi di attività istituzionale	Riscontro alle richieste formulate da Macroarea ALPI D3 relative all'invio mensile dei volumi di attività ALPI con la dichiarazione dei volumi mensili di attività istituz. corrispondenti	Allegare Note di riscontro nella Relazione finale
5	3	Efficienza organizzativa	A	Semplificaz. e standardizzaz. procedure pratiche SUAP: Linee Guida per le attività di competenza su modulistica e documentazione da presentare e format parere unico per attività soggette ad autorizzaz.	Redazione e trasmissione alla Direzione del Dipartimento di Prevenzione entro il 30/11/2020	Indicare nella Relazione finale il N. protocollo di invio
6	3	Efficienza Organizzativa	B	Monitoraggio del grado di raggiungimento degli obiettivi	Trasmissione 2 Report semestrali	Da inviare via mail alla Dir. del Dipartimento e da allegare alla Relazione finale da trasmettere al Dir. del Dip. di Prevenzione
7	3	Qualità flussi informativi	M	Flussi informativi trasmessi entro i termini previsti / totale flussi informativi di competenza	100%	Obiettivo certificato dalla Direzione del Dipartimento
8	3	Controllo e contenimento randagismo	A	cani randagi catturati ed iscritti Anagrafe Canina Regionale / cani randagi catturati	100%	
9	3	Controlli sugli allevamenti	A	allevamenti ovini controllati per Scrapie classica / tot. allevamenti ovini	100%	
10	3	Controlli sugli allevamenti	A	allevamenti controllati per TBC e LEB bovina / tot. allev. Bovini	100%	
11	3	Controlli sugli allevamenti	A	allevamenti controllati per BR ovi-caprina / tot. allevamenti ovi-caprini	100%	
12	3	Controlli sugli allevamenti	A	allevamenti controllati semestralmente per BR bovina / tot. allev. bovini	100%	
13	3	Implementazione Piano straordinario regionale di prevenzione e controllo MVS	A	allevamenti controllati per MVS / tot. allevamenti suini	100%	
14	3	Controlli sugli allevamenti	A	allevamenti equini controllati / tot. allevamenti equini presenti in anagrafe	≥ 5%	
15	3	Controlli sugli allevamenti	A	modello 4 elettronico / modello 4 movimentazione equidi richiesti	≥ 20%	
16	2	Miglioramento della qualità percepita	B	N° questionari predisposti dalla Direz. del Dipartimento per la rilevazione della qualità percepita somministrati all'utenza	≥ 50	Elaboraz. dati e relaz. conclusiva con individuaz. event. prop. corrett. a cura dell'UO da inviare entro 31/12 alla Dir. Dip.
17	3	Riduzione costi	A	Costi utilizzo mezzo proprio 2020 / costi utilizzo mezzo proprio 2019	<= 0,90	Certificato dalla Direzione del Dipartimento
18	3	Efficienza organizzativa	M	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale	Riscontro entro 5 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore del Dipartimento	Certificato dal Direttore del Dipartimento

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera équipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera équipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO Dipartimento Prevenzione
UNITA' OPERATIVA **UOC D. PREV. - SIAV-A - Area Nord**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note	
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture rispetto all'alimentazione software WCP con % liste abbinate/determine/protocollo >= 80%	Giorni consegna alla Direzione del Dipartimento della determina di liquidazione < 15 gg dalla registrazione delle fatture	Data di consegna della determina al Dip. di Prevenzione. Certificato dalla Direzione del Dipartimento
2	3	Qualità flussi informativi	M	Trasmissione con mail dei flussi informativi n. 1), 2) e 3) elencati nelle note nel rispetto dello scadenziario	Trasmissione: 1) Trimestr. entro il 10 del mese succ.; Annuale: entro il 30/03/2020 2) Entro il 20/04/2020 - 3) Entro il 30/11/2020	1) Rif. Nota Prot. 39157/2016 del D.A. - 2) Dati di attività con scostam. per la Relaz. sulla Gestione del D.G.-Bilancio 2019 - 3) Legge Prevenz. Corruz. e Trasp. Certificaz.: 1) AGRF; 2) CdG; 3) RPCT
3	3	Percorso attuativo Certificabilità degli Enti del SSR	M	Trasmissione dei prospetti trimestrali di rendicontazione dei Servizi/Prestazioni erogati dal Dipartimento come da Manuale delle Procedure amministrativo-contabili (pagg.31-33)	Trasmissione di N. 4 Prospetti Trimestrali	Certificato da AGRF
4	3	Efficienza organizzativa	M	Monitoraggio attività libero professionale per la verifica del rispetto del vincolo di non superamento dei volumi di attività istituzionale	Riscontro alle richieste formulate da Macroarea ALPI D3 relative all'invio mensile dei volumi di attività ALPI con la dichiarazione dei volumi mensili di attività istituz. corrispondenti	Allegare Note di riscontro nella Relazione finale
5	3	Efficienza organizzativa	A	Semplificaz. e standardizzaz. procedure pratiche SUAP: Linee Guida per le attività di competenza su modulistica e documentazione da presentare e format parere unico per attività soggette ad autorizzaz.	Redazione e trasmissione alla Direzione del Dipartimento di Prevenzione entro il 30/11/2020	Indicare nella Relazione finale il N. protocollo di invio
6	3	Efficienza Organizzativa	B	Monitoraggio del grado di raggiungimento degli obiettivi	Trasmissione 2 Report semestrali	Da inviare via mail alla Dir. del Dipartimento e da allegare alla Relazione finale da trasmettere al Dir. del Dip. di Prevenzione
7	3	Qualità flussi informativi	M	Flussi informativi trasmessi entro i termini previsti / totale flussi informativi di competenza	100%	Obiettivo certificato dalla Direzione del Dipartimento
8	3	Controllo e contenimento randagismo	A	cani randagi catturati identificati ed iscritti Anagrafe Canina Regionale / cani randagi catturati	100%	
9	3	Controlli sugli allevamenti	A	allevamenti ovini controllati per Scrapie classica / tot. allevamenti ovini	100%	
10	3	Controlli sugli allevamenti	A	allevamenti controllati per TBC e LEB bovina / tot. allev. Bovini	100%	in riferimento alla LEB si rimanda alla Nota Regionale del 07-giugno-2020 Prot. AOO_152/2544
11	3	Controlli sugli allevamenti	A	allevamenti controllati per BR ovi-caprina / tot. allevamenti ovi-caprini	100%	
12	3	Controlli sugli allevamenti	A	allevamenti controllati semestralmente per BR bovina / tot. allev. bovini	100%	
13	3	Implementazione Piano straordinario regionale di prevenzione e controllo MVS	A	allevamenti controllati per MVS / tot. allevamenti suini	100%	
14	3	Controlli sugli allevamenti	A	allevamenti equini controllati / tot. allevamenti equini in anagrafe	≥ 5%	
15	3	Controlli sugli allevamenti	A	modello 4 elettronico / modello 4 movimentazione equidi richiesti	≥ 20%	
16	2	Miglioramento della qualità percepita	B	N° questionari predisposti dalla Direz. del Dipartimento per la rilevazione della qualità percepita somministrati all'utenza	≥ 50	Elaboraz. dati e relaz. conclusiva con individuaz. event. prop. corrett. a cura dell'UO da inviare entro 31/12 alla Dir. Dip.
17	3	Riduzione costi	A	Costi utilizzo mezzo proprio 2020 / costi utilizzo mezzo proprio 2019	<= 0,90	Certificato dalla Direzione del Dipartimento
18	3	Efficienza organizzativa	M	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale	Riscontro entro 5 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore del Dipartimento	Certificato dal Direttore del Dipartimento

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera équipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera équipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019
Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO Dipartimento Prevenzione
 UNITA' OPERATIVA UOC D. PREV. - SIAV-A - Area Sud

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note	
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture rispetto all'alimentazione software WCP con % liste abbinare/determine/protocollo >= 80%	Giorni consegna alla Direzione del Dipartimento della determina di liquidazione < 15 gg dalla registrazione delle fatture	Data di consegna della determina al Dipartimento di Prevenzione. Certificato dalla Direzione del Dipartimento
2	3	Percorso attuativo Certificabilità degli Enti del SSR	M	Trasmissione dei prospetti trimestrali di rendicontazione dei Servizi/Prestazioni erogati dal Dipartimento come da Manuale delle Procedure amministrativo-contabili (pagg.31-33)	Trasmissione di N. 4 Prospetti Trimestrali	Certificato da AGRF
3	3	Qualità flussi informativi	M	Trasmissione con mail dei flussi informativi n. 1), 2) e 3) elencati nelle note nel rispetto dello scadenziario	Trasmissione: 1) Trimestr. entro il 10 del mese succ.; Annuale: entro il 30/03/2020 2) Entro il 20/04/2020 - 3) Entro il 30/11/2020	1) Rif. Nota Prot. 39157/2016 del D.A. - 2) Dati di attività con scostam. per la Relaz. sulla Gestione del D.G.-Bilancio 2019 - 3) Legge Prevenz. Corruz. e Trasp. Certificaz.: 1) AGRF; 2) CdG; 3) RPCT
4	3	Efficienza organizzativa	M	Monitoraggio attività libero professionale per la verifica del rispetto del vincolo di non superamento dei volumi di attività istituzionale	Riscontro alle richieste formulate da Macroarea ALPI D3 relative all'invio mensile dei volumi di attività ALPI con la dichiarazione dei volumi mensili di attività istituz. corrispondenti	Allegare Note di riscontro nella Relazione finale
5	3	Efficienza organizzativa	A	Semplificaz. e standardizzaz. procedure pratiche SUAP: Linee Guida per le attività di competenza su modulistica e documentazione da presentare e format parere unico per attività soggette ad autorizzaz.	Redazione e trasmissione alla Direzione del Dipartimento di Prevenzione entro il 30/11/2020	Indicare nella Relazione finale il N. protocollo di invio
6	3	Efficienza Organizzativa	B	Monitoraggio del grado di raggiungimento degli obiettivi	Trasmissione 2 Report semestrali	Da inviare via mail alla Dir. del Dipartimento e da allegare alla Relazione finale da trasmettere al Dir. del Dip. di Prevenzione
7	3	Qualità flussi informativi	M	Flussi informativi trasmessi entro i termini previsti / totale flussi informativi di competenza	100%	Obiettivo certificato dalla Direzione del Dipartimento
8	3	Controllo e contenimento randagismo	A	cani randagi catturati identificati ed iscritti Anagrafe Canina Regionale / cani randagi catturati	100%	
9	3	Controlli sugli allevamenti	A	allevamenti ovini controllati per Scrapie classica / tot. allevamenti ovini	100%	
10	3	Controlli sugli allevamenti	A	allevamenti controllati per TBC e LEB bovina / tot. allev. Bovini	100%	
11	3	Controlli sugli allevamenti	A	allevamenti controllati per BR ovi-caprina / tot. allevamenti ovi-caprini	100%	
12	3	Controlli sugli allevamenti	A	allevamenti controllati semestralmente per BR bovina / tot. allev. bovini	100%	
13	3	Implementazione Piano straordinario regionale di prevenzione e controllo MVS	A	allevamenti controllati per MVS / tot. allevamenti suini	100%	
14	3	Controlli sugli allevamenti	A	allevamenti equini controllati / tot. allevamenti equini presenti in anagrafe	≥ 5%	
15	3	Controlli sugli allevamenti	A	modello 4 elettronico / modello 4 movimentazione equidi richiesti	≥ 20%	
16	2	Miglioramento della qualità percepita	B	N° questionari predisposti dalla Direz. del Dipartimento per la rilevazione della qualità percepita somministrati all'utenza	≥ 50	Elaboraz. dati e relaz. conclusiva con individuaz. event. prop. correttive a cura dell'UO da inviare entro 31/12 alla Dir. Dipartim.
18	3	Efficienza organizzativa	M	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale	Riscontro entro 5 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore del Dipartimento	Certificato dal Direttore del Dipartimento

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera équipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera équipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO Dipartimento Prevenzione
 UNITA' OPERATIVA UOC D. PREV. - SIAV-B - Area Metropolitana

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 3	Qualità flussi informativi	M	Trasmissione con mail dei flussi informativi n. 1), 2) e 3) elencati nelle note nel rispetto dello scadenario	Trasmissione: 1) Trimestr. entro il 10 del mese succ.; Annuale: entro il 30/03/2020 2) Entro il 20/04/2020 - 3) Entro il 30/11/2020	1) Dati di cui alla Nota Prot. 39157/2016 del D.A. - 2) Dati di attività con scostam. per la Relazione sulla Gestione del D.G.- Bilancio 2019 - 3) Adempim. Legge Prevenz. Corruz. e Trasp. Certificaz.: 1) AGRF; 2) CdG; 3) RPCT
2 3	Percorso attuativo Certificabilità degli Enti del SSR	M	Trasmissione dei prospetti trimestrali di rendicontazione dei Servizi/Prestazioni erogati dal Dipartimento come da Manuale delle Procedure amministrativo-contabili (pagg.31-33)	Trasmissione di N. 4 Prospetti Trimestrali	Certificato da AGRF
3 3	Efficienza organizzativa	M	Monitoraggio attività libero professionale per la verifica del rispetto del vincolo di non superamento dei volumi di attività istituzionale	Riscontro alle richieste formulate da Macroarea ALPI D3 relative all'invio mensile dei volumi di attività ALPI con la dichiarazione dei volumi mensili di attività istituz. corrispondenti	Allegare Note di riscontro nella Relazione finale
4 3	Efficienza organizzativa	A	Semplificaz. e standardizzaz. procedure pratiche SUAP: Linee Guida per le attività di competenza su modulistica e documentazione da presentare e format parere unico per attività soggette ad autorizzaz.	Redazione e trasmissione alla Direzione del Dipartimento di Prevenzione entro il 30/11/2020	Indicare nella Relazione finale il N. protocollo di invio
5 3	Efficienza Organizzativa	B	Monitoraggio del grado di raggiungimento degli obiettivi	Trasmissione 2 Report semestrali	Da inviare via mail alla Dir. del Dipartimento e da allegare alla Relazione finale da trasmettere al Dir. del Dip. di Prevenzione
6 3	Qualità flussi informativi	M	Flussi informativi trasmessi entro i termini previsti / totale flussi informativi di competenza	100%	Obiettivo certificato dalla Direzione del Dipartimento
7 2	Miglioramento della qualità percepita	B	N° questionari predisposti dalla Direz. del Dipartimento per la rilevazione della qualità percepita somministrati all'utenza	≥ 50	Elaboraz. dati e relazione conclusiva con individuazione di eventuali proposte correttive a cura dell'UO da inviare entro il 31/12 alla Direz. del Dipartimento
8 3	Potenziamento dei controlli sulla sicurezza alimentare	A	Controllo dei caseifici riconosciuti e registrati	Controllo dell'80% dei caseifici riconosciuti e registrati	utilizzo delle check list SEU predisposte dalla Regione Puglia
9 3	Controllo dell'implementazione delle procedure di servizio	A	Supervisione in campo del personale dirigente e controllo a posteriori dei TDP	Supervisione e controllo sul 50% del personale in servizio	Rif. DGR N° 928/2013
10 3	Potenziamento dei controlli sulla sicurezza alimentare	M	Controllo semestrale dei Centri di imballaggio uova	Controllo semestrale del 100% dei Centri di imballaggio uova	Attività congiunta con UU.OO.CC. SIAV C
11 3	mantenimento standard adeguati di sicurezza alimentare	M	Revisione ed adeguamento delle analisi del rischio degli stabilimenti riconosciuti CE	Revisione ed adeguamento delle analisi del rischio sul 50% degli stabilimenti riconosciuti CE	
12 3	Potenziamento dei controlli sulla sicurezza alimentare	A	Programmazione ed esecuzione di controlli congiunti con il SIAN sulla ristorazione scolastica e socioassistenziale	Almeno 4 verifiche	Obiettivo condiviso con UOC SIAN
13 3	Efficienza organizzativa	M	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale	Riscontro entro 5 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore del Dipartimento	Certificato dal Direttore del Dipartimento

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera équipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera équipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO Dipartimento Prevenzione
UNITA' OPERATIVA **UOC D. PREV. - SIAV-B - Area Nord**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 3	Qualità flussi informativi	M	Trasmissione con mail dei flussi informativi n. 1), 2) e 3) elencati nelle note nel rispetto dello scadenziario	Trasmissione: 1) Trimestr. entro il 10 del mese succ.; Annuale: entro il 30/03/2020 2) Entro il 20/04/2020 - 3) Entro il 30/11/2020	1) Dati di cui alla Nota Prot. 39157/2016 del D.A. - 2) Dati di attività con scostam. per la Relazione sulla Gestione del D.G.- Bilancio 2019 - 3) Adempim. Legge Prevenz. Corruz. e Trasp. Certificaz.: 1) AGRF; 2) CdG; 3) RPCT
2 3	Percorso attuativo Certificabilità degli Enti del SSR	M	Trasmissione dei prospetti trimestrali di rendicontazione dei Servizi/Prestazioni erogati dal Dipartimento come da Manuale delle Procedure amministrativo-contabili (pagg.31-33)	Trasmissione di N. 4 Prospetti Trimestrali	Certificato da AGRF
3 3	Efficienza organizzativa	M	Monitoraggio attività libero professionale per la verifica del rispetto del vincolo di non superamento dei volumi di attività istituzionale	Riscontro alle richieste formulate da Macroarea ALPI D3 relative all'invio mensile dei volumi di attività ALPI con la dichiarazione dei volumi mensili di attività istituz. corrispondenti	Allegare Note di riscontro nella Relazione finale
4 3	Efficienza organizzativa	A	Semplificaz. e standardizzaz. procedure pratiche SUAP: Linee Guida per le attività di competenza su modulistica e documentazione da presentare e format parere unico per attività soggette ad autorizzaz.	Redazione e trasmissione alla Direzione del Dipartimento di Prevenzione entro il 30/11/2020	Indicare nella Relazione finale il N. protocollo di invio
5 3	Efficienza Organizzativa	B	Monitoraggio del grado di raggiungimento degli obiettivi	Trasmissione 2 Report semestrali	Da inviare via mail alla Dir. del Dipartimento e da allegare alla Relazione finale da trasmettere al Dir. del Dip. di Prevenzione
6 3	Qualità flussi informativi	M	Flussi informativi trasmessi entro i termini previsti / totale flussi informativi di competenza	100%	Obiettivo certificato dalla Direzione del Dipartimento
7 2	Miglioramento della qualità percepita	B	N° questionari predisposti dalla Direz. del Dipartimento per la rilevazione della qualità percepita somministrati all'utenza	≥ 50	Elaboraz. dati e relazione conclusiva con individuazione di eventuali proposte correttive a cura dell'UO da inviare entro il 31/12 alla Direz. del Dipartimento
8 3	Potenziamento dei controlli sulla sicurezza alimentare	A	Controllo dei caseifici riconosciuti e registrati	Controllo dell' 80% dei caseifici riconosciuti e registrati	Utilizzo delle check list SEU predisposte dalla Regione Puglia
9 3	Controllo dell'implementazione delle procedure di servizio	A	Supervisione in campo del personale dirigente e controllo a posteriori dei TDP	Supervisione e controllo sul 50% del personale in servizio	Rif. DGR N° 928/2013
10 3	Potenziamento dei controlli sulla sicurezza alimentare	M	Controllo semestrale dei Centri di imballaggio uova	Controllo semestrale del 100% dei Centri di imballaggio uova	Attività congiunta con UU.OO.CC. SIAV C
11 3	mantenimento standard adeguati di sicurezza alimentare	M	Revisione ed adeguamento delle analisi del rischio degli stabilimenti riconosciuti CE	Revisione ed adeguamento delle analisi del rischio sul 50% degli stabilimenti riconosciuti CE	
12 3	Potenziamento dei controlli sulla sicurezza alimentare	A	Programmazione ed esecuzione di controlli congiunti con il SIAN sulla ristorazione scolastica e socioassistenziale	Almeno 4 verifiche	Obiettivo condiviso con UOC SIAN
13 3	Efficienza organizzativa	M	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale	Riscontro entro 5 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore del Dipartimento	Certificato dal Direttore del Dipartimento

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019
Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO Dipartimento Prevenzione
 UNITA' OPERATIVA **UOC D. PREV. - SIAV-B - Area Sud**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 3	Qualità flussi informativi	M	Trasmissione con mail dei flussi informativi n. 1), 2) e 3) elencati nelle note nel rispetto dello scadenario	Trasmissione: 1) Trimestr. entro il 10 del mese succ.; Annuale: entro il 30/03/2020 2) Entro il 20/04/2020 - 3) Entro il 30/11/2020	1) Dati di cui alla Nota Prot. 39157/2016 del D.A. - 2) Dati di attività con scostam. per la Relazione sulla Gestione del D.G.- Bilancio 2019 - 3) Adempim. Legge Prevenz. Corruz. e Trasp. Certificaz.: 1) AGRF; 2) CdG; 3) RPCT
2 3	Percorso attuativo Certificabilità degli Enti del SSR	M	Trasmissione dei prospetti trimestrali di rendicontazione dei Servizi/Prestazioni erogati dal Dipartimento come da Manuale delle Procedure amministrativo-contabili (pagg.31-33)	Trasmissione di N. 4 Prospetti Trimestrali	Certificato da AGRF
3 3	Efficienza organizzativa	M	Monitoraggio attività libero professionale per la verifica del rispetto del vincolo di non superamento dei volumi di attività istituzionale	Riscontro alle richieste formulate da Macroarea ALPI D3 relative all'invio mensile dei volumi di attività ALPI con la dichiarazione dei volumi mensili di attività istituz. corrispondenti	Allegare Note di riscontro nella Relazione finale
4 3	Efficienza organizzativa	A	Semplificaz. e standardizzaz. procedure pratiche SUAP: Linee Guida per le attività di competenza su modulistica e documentazione da presentare e format parere unico per attività soggette ad autorizzaz.	Redazione e trasmissione alla Direzione del Dipartimento di Prevenzione entro il 30/11/2020	Indicare nella Relazione finale il N. protocollo di invio
5 3	Efficienza Organizzativa	B	Monitoraggio del grado di raggiungimento degli obiettivi	Trasmissione 2 Report semestrali	Da inviare via mail alla Dir. del Dipartimento e da allegare alla Relazione finale da trasmettere al Dir. del Dip. di Prevenzione
6 3	Qualità flussi informativi	M	Flussi informativi trasmessi entro i termini previsti / totale flussi informativi di competenza	100%	Obiettivo certificato dalla Direzione del Dipartimento
7 2	Miglioramento della qualità percepita	B	N° questionari predisposti dalla Direz. del Dipartimento per la rilevazione della qualità percepita somministrati all'utenza	≥ 50	Elaboraz. dati e relazione conclusiva con individuazione di eventuali proposte correttive a cura dell'UO da inviare entro il 31/12 alla Direz. del Dipartimento
8 3	Potenziamento dei controlli sulla sicurezza alimentare	A	Controllo dei caseifici riconosciuti e registrati	Controllo del 50% dei caseifici riconosciuti e controllo del 40% dei caseifici registrati	utilizzo delle check list SEU predisposte dalla Regione Puglia
9 3	Controllo dell'implementazione delle procedure di servizio	A	Supervisione in campo del personale dirigente e controllo a posteriori dei TDP	Supervisione e controllo sul 50% del personale in servizio	Rif. DGR N° 928/2013
10 3	Potenziamento dei controlli sulla sicurezza alimentare	M	Controllo semestrale dei Centri di imballaggio uova	Controllo semestrale del 50% dei Centri di imballaggio uova	Attività congiunta con UU.OO.CC. SIAV C
11 3	mantenimento standard adeguati di sicurezza alimentare	M	Revisione ed adeguamento delle analisi del rischio degli stabilimenti riconosciuti CE	Revisione ed adeguamento delle analisi del rischio sul 50% degli stabilimenti riconosciuti CE	
12 3	Potenziamento dei controlli sulla sicurezza alimentare	A	Programmazione ed esecuzione di controlli congiunti con il SIAN sulla ristorazione scolastica e socioassistenziale	Almeno 3 verifiche	Obiettivo condiviso con UOC SIAN
13 3	Efficienza organizzativa	M	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale	Riscontro entro 5 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore del Dipartimento	Certificato dal Direttore del Dipartimento

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento Prevenzione

UNITA' OPERATIVA

UOSVD D. PREV. - SIAV-C - Area Metropolitana

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 3	Qualità flussi informativi	M	Trasmissione con mail dei flussi informativi n. 1), 2) e 3) elencati nelle note nel rispetto dello scadenziario	Trasmissione: 1) Trimestr. entro il 10 del mese succ.; Annuale: entro il 30/03/2020 2) Entro il 20/04/2020 - 3) Entro il 30/11/2020	1) Dati di cui alla Nota Prot. 39157/2016 del D.A. - 2) Dati di attività con scostam. per la Relazione sulla Gestione del D.G.- Bilancio 2019 - 3) Adempim. Legge Prevenz. Corruz. e Trasp. Certificaz.: 1) AGRF; 2) CdG; 3) RPCT
2 3	Percorso attuativo Certificabilità degli Enti del SSR	M	Trasmissione dei prospetti trimestrali di rendicontazione dei Servizi/Prestazioni erogati dal Dipartimento come da Manuale delle Procedure amministrativo-contabili (pagg.31-33)	Trasmissione di N. 4 Prospetti Trimestrali	Certificato da AGRF
3 3	Efficienza organizzativa	A	Semplificaz. e standardizzaz. procedure pratiche SUAP: Linee Guida per le attività di competenza su modulistica e documentazione da presentare e format parere unico per attività soggette ad autorizzaz.	Redazione e trasmissione alla Direzione del Dipartimento di Prevenzione entro il 30/11/2020	Indicare nella Relazione finale il N. protocollo di invio
4 3	Efficienza Organizzativa	B	Monitoraggio del grado di raggiungimento degli obiettivi	Trasmissione 2 Report semestrali	Da inviare via mail alla Dir. del Dipartimento e da allegare alla Relazione finale da trasmettere al Dir. del Dip. di Prevenzione
5 3	Qualità flussi informativi	M	Flussi informativi trasmessi entro i termini previsti / totale flussi informativi di competenza	100%	Obiettivo certificato dalla Direzione del Dipartimento
6 3	Sorveglianza TSE ovini/capri di età ≥ 18 mesi morti in allevamento	A	prelievi obex/sul totale prelevabile	0.75	Regolamento CE 999/2001
7 3	Potenziamento controlli ufficiali sul benessere animale in allevamento	A	Allevamenti controllabili/Allevamenti controllati	0.75	Indicazioni ministeriali DSGA 13029 del 13/07/2010
8 3	Sorveglianza BSE dei Bovini di età 48 mesi morti in allevamento	A	prelievi obex/sul totale prelevabile	0.75	Regolamento CE 999/2001
9 3	Attuazione Piano Nazionale Alimentazione Animale	A	n. campionamenti PNAA effettuati/numero campionamenti previsti	0.75	PNAA
10 3	Potenziamento controlli ufficiali sull'impiego dei medicinali veterinari	A	n. scorte proprie del veterinario per attività zootriche/ 33% del totale delle scorte proprie del veterinario per attività zootriche	10%	Rif. D.L.vo 193/2006, nota MS DGSF n.1466-P del 26.01.12.
11 2	Miglioramento della qualità percepita	B	N° questionari predisposti dalla Direz. del Dipartimento per la rilevazione della qualità percepita somministrati all'utenza	≥ 25	Elaboraz. dati e relazione conclusiva con individuazione di eventuali proposte correttive a cura dell'UO da inviare entro il 31/12 alla Direz. del Dipartimento
12 3	Efficienza organizzativa	M	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale	Riscontro entro 5 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore del Dipartimento	Certificato dal Direttore del Dipartimento

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera équipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera équipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO Dipartimento Prevenzione
UNITA' OPERATIVA **UOC D. PREV. - SIAV-C - Area Nord**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 3	Qualità flussi informativi	M	Trasmissione con mail dei flussi informativi n. 1), 2) e 3) elencati nelle note nel rispetto dello scadenziario	Trasmissione: 1) Trimestr. entro il 10 del mese succ.; Annuale: entro il 30/03/2020 2) Entro il 20/04/2020 - 3) Entro il 30/11/2020	1) Dati di cui alla Nota Prot. 39157/2016 del D.A. - 2) Dati di attività con scostam. per la Relazione sulla Gestione del D.G.- Bilancio 2019 - 3) Adempim. Legge Prevenz. Corruz. e Trasp. Certificaz.: 1)AGRF; 2)CdG; 3) RPCT
2 3	Percorso attuativo Certificabilità degli Enti del SSR	M	Trasmissione dei prospetti trimestrali di rendicontazione dei Servizi/Prestazioni erogati dal Dipartimento come da Manuale delle Procedure amministrativo-contabili (pagg.31-33)	Trasmissione di N. 4 Prospetti Trimestrali	Certificato da AGRF
3 3	Efficienza organizzativa	A	Semplificaz. e standardizzaz. procedure pratiche SUAP: Linee Guida per le attività di competenza su modulistica e documentazione da presentare e format parere unico per attività soggette ad autorizzaz.	Redazione e trasmissione alla Direzione del Dipartimento di Prevenzione entro il 30/11/2020	Indicare nella Relazione finale il N. protocollo di invio
4 3	Efficienza Organizzativa	B	Monitoraggio del grado di raggiungimento degli obiettivi	Trasmissione 2 Report semestrali	Da inviare via mail alla Dir. del Dipartimento e da allegare alla Relazione finale da trasmettere al Dir. del Dip. di Prevenzione
5 3	Qualità flussi informativi	M	Flussi informativi trasmessi entro i termini previsti / totale flussi informativi di competenza	100%	Obiettivo certificato dalla Direzione del Dipartimento
6 3	Sorveglianza TSE ovini/caprini di età ≥ 18 mesi morti in allevamento	A	Prelievi obex/sul totale prelevabile	0.75	Regolamento CE 999/2001
7 3	Potenziamento controlli ufficiali sul benessere animale in allevamento	A	Allevamenti controllabili/Allevamenti controllati	0.5	Indicazioni ministeriali DSGA 13029 del 13/07/2010
8 3	Sorveglianza BSE dei Bovini di età 48 mesi morti in allevamento	A	Prelievi obex/sul totale prelevabile	0.75	Regolamento CE 999/2001
9 3	Potenziamento attività di controllo della sicurezza alimentare	A	N. Az. agricole in regime di condizionalità ispezionate/ N. Az. agricole in regime di condizionalità da ispezionare (su indicazioni di AGEA)	0.5	D.M. n 3536 del 08/02/2016 - Reg CE 1306/2013
10 3	Attuazione Piano dell'Alimentazione Animale	A	N. campionamenti effettuati / tot. campionamenti previsti	0.75	PNAA
11 3	Potenziamento attività di controllo della sicurezza alimentare	A	Allevamenti galline ovaiole con annesso centro di imballaggio uova - controlli semestrali/totalità centri di imballaggio	0.5	PRIC - PLC
12 3	Attuazione Piano Nazionale Residui	A	n. campionamenti effettuati / tot. campionamenti previsti	0.75	PNR
13 2	Miglioramento della qualità percepita	B	N° questionari predisposti dalla Direz. del Dipartimento per la rilevazione della qualità percepita somministrati all'utenza	≥ 20	Elaboraz. dati e relazione conclusiva con individuazione di eventuali proposte correttive a cura dell'UO da inviare entro il 31/12 alla Direz. del Dipartimento
14 3	Riduzione costi	A	Costi utilizzo mezzo proprio 2020 / costi utilizzo mezzo proprio 2019	<= 0,90	Certificato dalla Direzione del Dipartimento
15 3	Efficienza organizzativa	M	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale	Riscontro entro 5 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore del Dipartimento	Certificato dal Direttore del Dipartimento

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019
Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO Dipartimento Prevenzione
UNITA' OPERATIVA **UOC D. PREV. - SIAV-C - Area Sud**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Qualità flussi informativi	M	Trasmissione con mail dei flussi informativi n. 1), 2) e 3) elencati nelle note nel rispetto dello scadenziario	Trasmissione: 1) Trimestr. entro il 10 del mese succ.; Annuale: entro il 30/03/2020 2) Entro il 20/04/2020 - 3) Entro il 30/11/2020	1) Dati di cui alla Nota Prot. 39157/2016 del D.A. - 2) Dati di attività con scostam. per la Relazione sulla Gestione del D.G.- Bilancio 2019 - 3) Adempim. Legge Prevenz. Corruz. e Trasp. Certificaz.: 1) AGRF; 2) CdG; 3) RPCT
2	3	Percorso attuativo Certificabilità degli Enti del SSR	M	Trasmissione dei prospetti trimestrali di rendicontazione dei Servizi/Prestazioni erogati dal Dipartimento come da Manuale delle Procedure amministrativo-contabili (pagg.31-33)	Trasmissione di N. 4 Prospetti Trimestrali	Certificato da AGRF
3	3	Efficienza organizzativa	A	Semplificaz. e standardizzaz. procedure pratiche SUAP: Linee Guida per le attività di competenza su modulistica e documentazione da presentare e format parere unico per attività soggette ad autorizzaz.	Redazione e trasmissione alla Direzione del Dipartimento di Prevenzione entro il 30/11/2020	Indicare nella Relazione finale il N. protocollo di invio
4	3	Efficienza Organizzativa	B	Monitoraggio del grado di raggiungimento degli obiettivi	Trasmissione 2 Report semestrali	Da inviare via mail alla Dir. del Dipartimento e da allegare alla Relazione finale da trasmettere al Dir. del Dip. di Prevenzione
5	3	Qualità flussi informativi	M	Flussi informativi trasmessi entro i termini previsti / totale flussi informativi di competenza	100%	Obiettivo certificato dalla Direzione del Dipartimento
6	3	Sorveglianza TSE ovini/caprini di età ≥ 18 mesi morti in allevamento	A	prelievi obex/sul totale prelevabile	0.75	Regolamento CE 999/2001
7	3	Potenziamento del controllo ufficiale sui mangimifici e determinazione del profilo di rischio dello stabilimento	A	mangimifici controllati/totale mangimifici in anagrafica aggiornata	0.25	
8	3	Sorveglianza BSE dei Bovini di età 48 mesi morti in allevamento	A	prelievi obex/sul totale prelevabile	0.75	Regolamento CE 999/2001
9	3	Potenziamento attività di controllo della sicurezza alimentare	A	N. Az. agricole in regime di condizionalità ispezionate/ N. Az. agricole in regime di condizionalità da ispezionare (su indicazioni di AGEA)	0.75	D.M. n 3536 del 08/02/2016 - Reg CE 1306/2013
10	3	Attuazione Piano dell'Alimentazione Animale	A	n. campionamenti effettuati / tot. campionamenti previsti	0.75	
11	3	Potenziamento attività di controllo della sicurezza alimentare	A	allevamenti galline ovaiole con annesso centro di imballaggio uova - controlli semestrali/totalità centri di imballaggio	0.75	
12	3	Attuazione Piano Nazionale Residui	A	n. campionamenti effettuati / tot. campionamenti previsti	0.75	PNR
13	3	Potenziamento C.U. sui depositi di farmaci veterinari	A	Depositi controllati/totale depositi	0.25	
14	3	Certificazione animali morti	A	Controlli su invio a smaltimento degli animali morti	Controlli sul 100% degli animali morti	
15	3	Controllo scorte farmaci in allevamento	A	Allevamenti controllati per la corretta gestione delle scorte di medicinali / N. totale allevamenti	20%	
16	3	Riduzione costi	A	Costi utilizzo mezzo proprio 2020 / costi utilizzo mezzo proprio 2019	<= 0,90	Certificato dalla Direzione del Dipartimento
17	3	Efficienza organizzativa	M	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale	Riscontro entro 5 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore del Dipartimento	Certificato dal Direttore del Dipartimento

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019
Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO Dipartimento Prevenzione

 UNITA' OPERATIVA **UOSVD D. PREV. - SIAV-A - Gestione Patrimonio Faunistico**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Attuazione di Piani di Sorveglianza in popolazioni di animali selvatici	A	Stima della popolazione dei cinghiali nel territorio del Parco della Murgia e diffusione nell'ambito provinciale	N. 2 Relazioni semestrali di dettaglio sui dati raccolti, completa della descrizione delle azioni contenitive	Relazioni da inviare alla Direzione del Dipartimento
2	3	Attuazione di Piani di Sorveglianza in popolazioni di animali selvatici	A	Verifica della diffusione del lupo nell'ambito provinciale, con censimento delle aggressioni	N. 2 Relazioni semestrali di dettaglio sui dati raccolti, con proposte di azioni contenitive	Relazioni da inviare alla Direzione del Dipartimento
3	4	Potenziamento delle azioni relative al contrasto della corruzione ed al rispetto della trasparenza amministrativa	A	Applicazione e verifica delle misure preventive mirate alla riduzione del rischio corruzione, per le attività specifiche di U.O.C. come previsto dal PTPRC vigente	Relazione dettagliata relativa alla tipologia di verifica ed alle azioni intraprese per la prevenzione della corruzione	Relazione da inviare al Direttore del Dipartimento da parte del Direttore dell'UOC con il supporto del Referente interno, per la trasmissione al RPCT e all'OIV
4	3	Qualità flussi informativi	M	Flussi informativi trasmessi entro i termini previsti / totale flussi informativi di competenza	100%	Obiettivo certificato dalla Direzione del Dipartimento
5	2	Miglioramento della qualità percepita	B	N° questionari predisposti dalla Direz. del Dipartimento per la rilevazione della qualità percepita somministrati all'utenza	≥ 50	Elaboraz.dat e relaz.conclusiva con individuaz.event.correttive a cura dell'UO da inviare entro 31/12 alla Dir.Dipartim.
6	1	Riduzione costi	A	Costi utilizzo mezzo proprio 2020 / costi utilizzo mezzo proprio 2019	≤ 0,90	Obiettivo certificato dalla Direzione del Dipartimento
7	3	Efficienza organizzativa	M	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale	Riscontro entro 5 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore del Dipartimento	Certificato dal Direttore del Dipartimento

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture rispetto all'alimentazione software WCP con % liste abbinate/determine/protocollo >= 80%	Giorni liquidazione fattura ≤ 40 dalla registrazione	Obiettivo rimodulabile in corso d'anno sulla base degli esiti previsti dalla Legge N.145/2018 e D.G.R. N. 1487/2019 Certificato dall'AGRF
2 3	Qualità flussi informativi	B	Rispetto dello scadenziario dei flussi informativi di cui alla nota Prot. 39157/2016 del Direttore Amministrativo (1) e di quelli relativi alla Normativa della Prevenzione Corruzione e Trasparenza (2)	Trasmissione flussi agli Uffici competenti nei tempi previsti via mail	1)Inviare a AGRF e CdG: -Relaz. annuale 2019 con anal. scost. rispetto all'anno preced. entro il 15/04 -Relaz. trimestr. 2020 con anal. scost. rispetto all'anno preced. entro 20 gg da fine Trimestre 2)Da inviare a RPCT entro 30/11 Cert. da AGRF e RPCT
3 3 4	Clinical governance	M	Elaborazione di almeno 1 procedura del Dipartimento	Invio con mail della procedura secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Obiettivo dipartimentale condiviso e coordinato dal Direttore del Dipartimento. Allegare la mail di invio alla Relazione finale
4 2 3	Miglioramento della qualità percepita	B	Organizzazione e coordinamento della Somministrazione di questionari sulla qualità percepita dall'utenza con Relazione finale	Somministrazione di almeno 50 questionari per SerD con Relazione finale	Revisione del questionario entro 29/02; distribuzione a cura degli educatori e/o assistenti sociali dei SerD tra Marzo e Luglio; elaboraz. dati a cura del DDP e redazione della relazione conclusiva con individuazione delle proposte correttive entro 31/12
5 2 3	Clinical governance	M	Implementazione delle azioni correttive individuate nella Relazione sulla qualità percepita relativa dell'anno 2019	Relazione sull'implementazione delle azioni correttive da inviare al Direttore Sanitario	Da allegare alla Relazione finale
6 4	Prevenzione primaria delle dipendenze	M	Organizzazione e realizzazione di almeno un intervento di prevenzione primaria delle dipendenze dedicato agli operatori della ASL BA nel territorio di ciascun raggruppamento Ser.D	Redazione format dell'evento	Nella Relazione finale di fine anno Indicare date, sedi, argomenti e partecipanti agli eventi
7 3	Efficienza organizzativa	M	Standardizzazione dei protocolli operativi educativi, sociali ed infermieristici del Dipartimento	Invio con mail di almeno N. 3 protocolli operativi all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Allegare le mail di invio alla Relazione finale
8 4	Formazione	B	Organizzazione di momento formativo per il personale del Dipartimento e degli Enti convenzionati ex D.P.R. 309/90 su problematiche di competenza della Dirigenza e del Comparto	Almeno 1 evento formativo	Nella Relazione finale di fine anno Indicare data, sede, argomento e partecipanti agli eventi formativi
9 3 1	Potenziamento della copertura vaccinale	M	Vaccinazione anti influenzale degli operatori sanitari	N. operatori vaccinati 2020 > 2019	Registrazione vaccinazioni sul Sistema GIAVA Obiettivo condiviso tra Dip. Prevenzione, Sorveglianza Sanitaria, DSM, DDP, DMPO e DSS. Certificato dalla Direz. del Dipartimento Prevenzione
10 3	Efficienza organizzativa	M	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale	Riscontro entro 10 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo	Certificato dal Direttore Amministrativo Aziendale

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Monitoraggio mensile delle presenze di utenti in comunità	trasmissione alla direzione DDP della scheda mensile di monitoraggio entro il 5° giorno lavorativo di ogni mese	La scheda di monitoraggio è firmata dal dirigente UOS e inviata dalla UOC di afferenza a dipartimento.dipendenzepatologiche@asl.bari.it
2	3	Qualità flussi informativi	M	Rispetto dello scadenziario di ogni flusso informativo richiesto dalla direzione DDP	Trasmissione tempestiva dei flussi all'indirizzo dipartimento.dipendenzepatologiche@asl.bari.it	A cura di ogni dirigente UOS per il tramite della UOC di afferenza
3	3	Clinical governance	M	Elaborazione di almeno 1 procedura clinica da proporre alla direzione del Dipartimento per il successivo invio al nucleo GLARP	Invio con mail della procedura alla direzione DDP entro il 30 giugno 2020	Obiettivo coordinato dal Direttore del Dipartimento.
4	2 3	Miglioramento della qualità percepita	B	Somministrazione di questionari sulla qualità percepita dall'Utenza con Relazione finale	Somministrazione di almeno 50 questionari per SerD con Relazione finale	Revisione del questionario entro 29/02; distribuzione a cura degli educatori e/o assistenti sociali dei Ser.D. tra marzo e luglio;
5	2 3	Clinical governance	M	Implementazione delle azioni correttive individuate nella Relazione sulla qualità percepita relativa dell'anno 2019	Relazione da inviare al Direttore DDP sulle azioni correttive effettivamente applicate	Da allegare alla Relazione finale
6	4	Prevenzione primaria delle dipendenze	M	Organizzazione e realizzazione di almeno un intervento di prevenzione primaria delle dipendenze dedicato agli operatori della ASL BA nel territorio di ciascun raggruppamento Ser.D.	Applicazione del format prodotto dalla Direzione DDP	Nella Relazione finale di fine anno indicare date, sedi, argomenti e partecipanti agli eventi
7	3	Efficienza organizzativa	M	Standardizzazione dei protocolli operativi educativi, sociali ed infermieristici del Dipartimento	Invio alla direzione DDP, a cura della UOC, di almeno n.1 proposta di protocollo operativo relativo alle professioni sanitarie da parte di ciascuna UOS RSerD	Allegare le proposte nella relazione finale al direttore DDP
8	4	Formazione	B	Partecipazione attiva di tutto il personale in servizio ad almeno un momento formativo organizzato per il personale del Dipartimento e degli Enti convenzionati ex D.P.R. 309/90 su problematiche di competenza della Dirigenza e del Comparto	Ogni SerD organizza contingenti di personale da autorizzare alla partecipazione degli eventi formativi in maniera compatibile con le esigenze di servizio	Nella Relazione finale di fine anno indicare date, sedi, argomenti e partecipanti agli eventi
9	3 1	Potenziamento della copertura vaccinale	M	Vaccinazione anti influenzale degli operatori sanitari	N. operatori vaccinati 2020 > 2019	Registrazione vaccinazioni sul Sistema GIAVA - Obiettivo condiviso tra Dip. Prevenzione, Sorveglianza Sanitaria, DS, DDP, DMPO e DSS certificato dalla Direz. del Dipartimento Prevenzione

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Monitoraggio mensile delle presenze di utenti in comunità	trasmissione alla direzione DDP della scheda mensile di monitoraggio entro il 5° giorno lavorativo di ogni mese	La scheda di monitoraggio è firmata dal dirigente UOS e inviata dalla UOC di afferenza a dipartimento.dipendenzepatologiche@asl.bari.it
2	3	Qualità flussi informativi	M	Rispetto dello scadenziario di ogni flusso informativo richiesto dalla direzione DDP	Trasmissione tempestiva dei flussi all'indirizzo dipartimento.dipendenzepatologiche@asl.bari.it	A cura di ogni dirigente UOS per il tramite della UOC di afferenza
3	3	Clinical governance	M	Elaborazione di almeno 1 procedura clinica da proporre alla direzione del Dipartimento per il successivo invio al nucleo GLARP	Invio con mail della procedura alla direzione DDP entro il 30 giugno 2020	Obiettivo coordinato dal Direttore del Dipartimento.
4	2	Miglioramento della qualità percepita	B	Somministrazione di questionari sulla qualità percepita dall'Utenza con Relazione finale	Somministrazione di almeno 50 questionari per SerD con Relazione finale	Revisione del questionario entro 29/02; distribuzione a cura degli educatori e/o assistenti sociali dei Ser.D. tra marzo e luglio;
5	2	Clinical governance	M	Implementazione delle azioni correttive individuate nella Relazione sulla qualità percepita relativa dell'anno 2019	Relazione da inviare al Direttore DDP sulle azioni correttive effettivamente applicate	Da allegare alla Relazione finale
6	4	Prevenzione primaria delle dipendenze	M	Organizzazione e realizzazione di almeno un intervento di prevenzione primaria delle dipendenze dedicato agli operatori della ASL BA nel territorio di ciascun raggruppamento Ser.D.	Applicazione del format prodotto dalla Direzione DDP	Nella Relazione finale di fine anno indicare date, sedi, argomenti e partecipanti agli eventi
7	3	Efficienza organizzativa	M	Standardizzazione dei protocolli operativi educativi, sociali ed infermieristici del Dipartimento	Invio alla direzione DDP, a cura della UOC, di almeno n.1 proposta di protocollo operativo relativo alle professioni sanitarie da parte di ciascuna UOS RSerD	Allegare le proposte nella relazione finale al direttore DDP
8	4	Formazione	B	Partecipazione attiva di tutto il personale in servizio ad almeno un momento formativo organizzato per il personale del Dipartimento e degli Enti convenzionati ex D.P.R. 309/90 su problematiche di competenza della Dirigenza e del Comparto	Ogni SerD organizza contingenti di personale da autorizzare alla partecipazione degli eventi formativi in maniera compatibile con le esigenze di servizio	Nella Relazione finale di fine anno indicare date, sedi, argomenti e partecipanti agli eventi
9	3	Potenziamento della copertura vaccinale	M	Vaccinazione anti influenzale degli operatori sanitari	N. operatori vaccinati 2020 > 2019	Registrazione vaccinazioni sul Sistema GIAVA - Obiettivo condiviso tra Dip. Prevenzione, Sorveglianza Sanitaria, DS, DDP, DMPO e DSS certificato dalla Direz. del Dipartimento Prevenzione

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento aziendale di Area Medica

UNITA' OPERATIVA

UOSVD Oncologia Medica Osp. San Paolo

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
2 3	Efficienza assistenziale	M	Corrispondenza tra numero di accessi in SDA e numero di prestazioni di Day Service su CUP	± 20%	Nel rispetto della tempistica prevista dagli obblighi informativi del Sistema Sanitario Regionale
4 3 1	Appropriatezza prescrittiva	A	Numero di schede di monitoraggio sulla piattaforma AIFA relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	Numero di schede = 0	Dati forniti dal Dipartimento del Farmaco
5 # 1	Razionalizzazione della spesa farmaceutica	A	% Piani terapeutici con prescrizione di farmaco biosimilare nel rispetto delle Delibere e Circolari Regionali	> 90% delle nuove prescrizioni	es.: DD.G.R.n.699/2017, n.983/2018, n.1188/2019

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento aziendale di Area Medica

UNITA' OPERATIVA

UOC Gastroenterologia Osp. San Paolo e UOS Endoscopia Digestiva

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Degenza Media	2020 ≤ 2019	
2 # 3	Clinical governance	M	Peso medio DRG	2020 ≥ 2019	
3 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
4 # 3 4	Clinical governance	M	Rapporto tra ricoveri con DRG a rischio di inappropriately e ricoveri con DRG non a rischio inappropriately in regime ordinario	≤ 0,21	0,21 = intervallo di adeguatezza Comitato LEA
6 # 1 2	Sanità digitale	B	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
7 # 1	Razionalizzazione della spesa farmaceutica	A	% Piani terapeutici con prescrizione di farmaco biosimilare nel rispetto delle Delibere e Circolari Regionali	> 90% delle nuove prescrizioni	es.: DD.G.R.n.699/2017, n.983/2018, n.1188/2019
9 # 1 2	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	>250	

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera équipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera équipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento aziendale di Area Medica

UNITA' OPERATIVA

UOC Medicina Interna Osp. San Paolo e UOS Medicina Interna Osp. Corato

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	B	Degenza Media	2020 ≤ 2019	
2 # 3	Clinical governance	M	Peso medio DRG	2020 ≥ 2019	
3 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
4 # 3 4	Clinical governance	B	Rapporto tra ricoveri con DRG a rischio di inapproprietezza e ricoveri con DRG non a rischio inapproprietezza in regime ordinario	≤ 0,21	0,21 = intervallo di adeguatezza Comitato LEA
6 # 1 2	Sanità digitale	A	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
7 # 1	Razionalizzazione della spesa farmaceutica	A	% Piani terapeutici con prescrizione di farmaco biosimilare nel rispetto delle Delibere e Circolari Regionali	> 90% delle nuove prescrizioni	es.: DD.G.R.n.699/2017, n.983/2018, n.1188/2019
8 # 1 2	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	> 1500	

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento aziendale di Area Medica

UNITA' OPERATIVA

UOSVD Medicina Interna Osp. Molfetta

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	B	Degenza Media	2020 ≤ 2019	
2 # 3	Clinical governance	M	Peso medio DRG	2020 ≥ 2019	
3 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
4 # 3 4	Clinical governance	B	Rapporto tra ricoveri con DRG a rischio di inappropriately e ricoveri con DRG non a rischio inappropriately in regime ordinario	≤ 0,21	0,21 = intervallo di adeguatezza Comitato LEA
6 # 1 2	Sanità digitale	A	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
7 # 1	Razionalizzazione della spesa farmaceutica	A	% Piani terapeutici con prescrizione di farmaco biosimilare nel rispetto delle Delibere e Circolari Regionali	> 90% delle nuove prescrizioni	es.: DD.G.R.n.699/2017, n.983/2018, n.1188/2019
8 # 1 2	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	> 150	

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento aziendale di Area Medica

UNITA' OPERATIVA

UOSVD Medicina Interna e Lungodegenza Osp. Terlizzi

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
3 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
6 # 1 2	Sanità digitale	A	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
7 # 1	Razionalizzazione della spesa farmaceutica	A	% Piani terapeutici con prescrizione di farmaco biosimilare nel rispetto delle Delibere e Circolari Regionali	> 90% delle nuove prescrizioni	es.: DD.G.R.n.699/2017, n.983/2018, n.1188/2019
8 # 1 2	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	> 150	

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera équipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera équipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO Dipartimento aziendale di Area Medica

UNITA' OPERATIVA UOSVD Pneumologia Osp. Terlizzi

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
3 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
5 # 1 2	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	> 500	
6 # 1 2	Sanità digitale	B	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera équipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera équipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento aziendale di Area Medica

UNITA' OPERATIVA

UOC Medicina Interna Osp. Di Venere e UOS Lungodegenza Osp. Triggiano

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	B	Degenza Media	2020 ≤ 2019	
2 # 3	Clinical governance	M	Peso medio DRG	2020 ≥ 2019	
3 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
4 # 3 4	Clinical governance	B	Rapporto tra ricoveri con DRG a rischio di inappropriatelyzza e ricoveri con DRG non a rischio inappropriatelyzza in regime ordinario	≤ 0,21	0,21 = intervallo di adeguatezza Comitato LEA
6 # 1 2	Sanità digitale	A	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
7 # 1	Razionalizzazione della spesa farmaceutica	A	% Piani terapeutici con prescrizione di farmaco biosimilare nel rispetto delle Delibere e Circolari Regionali	> 90% delle nuove prescrizioni	es.: DD.G.R.n.699/2017, n.983/2018, n.1188/2019
8 # 1 2	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	>250	

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento aziendale di Area Medica

UNITA' OPERATIVA

UOC Pneumologia Osp. Di Venere

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Degenza Media	2020 ≤ 2019	
2 # 3 4	Clinical governance	M	Peso medio DRG	2020 ≥ 2019	
3 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
6 # 1 2	Sanità digitale	A	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
7 # 3 4	Clinical governance	B	Rapporto tra ricoveri con DRG a rischio di inappropriatelyzza e ricoveri con DRG non a rischio inappropriatelyzza in regime ordinario	≤ 0,21	0,21 = intervallo di adeguatezza Comitato LEA
8 4	Clinical governance	B	Individuazione di un indicatore di outcome delle UU.OO. di Pneumologia da proporre per gli Obiettivi operativi di Budget 2021	Invio via mail all'U.O. Controllo di gestione entro il 30 settembre	Coordinato dal Direttore dell'U.O. Di Pneumologia San Paolo
9 # 1 2	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	>250	

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO Dipartimento aziendale di Area Medica
 UNITA' OPERATIVA **UOC Malattie Infettive Osp. Triggiano**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 4%	
2 # 3 4	Clinical governance	B	Rapporto tra ricoveri con DRG a rischio di inappropriatazza e ricoveri con DRG non a rischio inappropriatazza in regime ordinario	≤ 0,21	0,21 = intervallo di adeguatezza Comitato LEA
5 # 1 2	Sanità digitale	B	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
6 # 1 2	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	> 1500	

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento aziendale di Area Medica

UNITA' OPERATIVA

UOSVD Endoscopia Digestiva Osp. della Murgia

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
3 3	Clinical governance	M	Procedura per la gestione del paziente con emorragia digestiva in emergenza-urgenza	Invio con mail della Procedura elaborata secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Condiviso con PS, Medicina Interna, Chirurgia, Rianimazione e DMPO dell'Ospedale della Murgia Coordinato da U.O. di Endoscopia Digestiva. Allegare mail di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale
5 # 1 2	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	> 500	
6 4	Clinical governance	M	Elaborazione di procedura operativa per la rimodulazione delle attività assistenziali per l'emergenza COVID-19	Invio con mail alla Direzione Sanitaria Aziendale e alla Direzione Medica del Presidio Ospedaliero	Allegare mail di invio alla Direzione Sanitaria Aziendale e alla Direzione Medica del Presidio Ospedaliero alla Relazione finale

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento aziendale di Area Medica

UNITA' OPERATIVA

UOSVD Medicina Interna e Lungodegenza Osp. della Murgia

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	B	Degenza Media	2020 ≤ 2019	
2 # 3	Clinical governance	M	Peso medio DRG	2020 ≥ 2019	
3 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
4 # 3 4	Clinical governance	B	Rapporto tra ricoveri con DRG a rischio di inappropriatazza e ricoveri con DRG non a rischio inappropriatazza in regime ordinario	≤ 0,21	0,21 = intervallo di adeguatezza Comitato LEA
6 # 1 2	Sanità digitale	A	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
7 # 1	Razionalizzazione della spesa farmaceutica	A	% Piani terapeutici con prescrizione di farmaco biosimilare nel rispetto delle Delibere e Circolari Regionali	> 90% delle nuove prescrizioni	es.: DD.G.R.n.699/2017, n.983/2018, n.1188/2019
8 3	Clinical governance	M	Procedura per la gestione del paziente con emorragia digestiva in emergenza-urgenza	Invio con mail della Procedura elaborata secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Condiviso con PS, Medicina Interna, Chirurgia, Rianimazione e DMPO dell'Ospedale della Murgia Coordinato da U.O. di Endoscopia Digestiva. Allegare mail di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale
9 # 1 2	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	>250	

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO Dipartimento aziendale di Area Medica

UNITA' OPERATIVA UOSVD Oncologia Osp. della Murgia

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
2 3	Efficienza assistenziale	M	Corrispondenza tra numero di accessi in SDA e numero di prestazioni di Day Service su CUP	± 20%	Nel rispetto della tempistica prevista dagli obblighi informativi del Sistema Sanitario Regionale
4 3 4	Appropriatezza prescrittiva	A	Numero di schede di monitoraggio sulla piattaforma AIFA relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	Numero di schede = 0	Dati forniti dal Dipartimento del Farmaco
5 # 1	Razionalizzazione della spesa farmaceutica	A	% Piani terapeutici con prescrizione di farmaco biosimilare nel rispetto delle Delibere e Circolari Regionali	> 90% delle nuove prescrizioni	es.: DD.G.R.n.699/2017, n.983/2018, n.1188/2019
6 # 1 2	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	> 500	

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO Dipartimento aziendale di Area Medica

UNITA' OPERATIVA UOC Medicina Interna Osp. Monopoli

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	B	Degenza Media	2020 ≤ 2019	
2 # 3	Clinical governance	M	Peso medio DRG	2020 ≥ 2019	
3 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
4 # 3 4	Clinical governance	B	Rapporto tra ricoveri con DRG a rischio di inappropriately e ricoveri con DRG non a rischio inappropriately in regime ordinario	≤ 0,21	0,21 = intervallo di adeguatezza Comitato LEA
6 # 1 2	Sanità digitale	A	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
7 # 1	Razionalizzazione della spesa farmaceutica	A	% Piani terapeutici con prescrizione di farmaco biosimilare nel rispetto delle Delibere e Circolari Regionali	> 90% delle nuove prescrizioni	es.: DD.G.R.n.699/2017, n.983/2018, n.1188/2019
8 # 1 2	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	> 150	

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento aziendale di Area Medica

UNITA' OPERATIVA

UOSVD Medicina Interna Osp. Putignano

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	B	Degenza Media	2020 ≤ 2019	
2 # 3	Clinical governance	M	Peso medio DRG	2020 ≥ 2019	
3 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
4 # 3 4	Clinical governance	B	Rapporto tra ricoveri con DRG a rischio di inapproprietezza e ricoveri con DRG non a rischio inapproprietezza in regime ordinario	≤ 0,21	0,21 = intervallo di adeguatezza Comitato LEA
5 # 1 2	Sanità digitale	A	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
6 # 1	Razionalizzazione della spesa farmaceutica	A	% Piani terapeutici con prescrizione di farmaco biosimilare nel rispetto delle Delibere e Circolari Regionali	> 90% delle nuove prescrizioni	es.: DD.G.R.n.699/2017, n.983/2018, n.1188/2019
7 # 1 2	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	> 150	

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO Dipartimento aziendale di Area Medica
 UNITA' OPERATIVA UOSVD Pneumologia Osp. Putignano

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Degenza Media	2020 ≤ 2019	
2 # 3 4	Clinical governance	M	Peso medio DRG	2020 ≥ 2019	
3 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
6 # 1 2	Sanità digitale	A	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
7 # 3 4	Clinical governance	B	Rapporto tra ricoveri con DRG a rischio di inappropriatelyzza e ricoveri con DRG non a rischio inappropriatelyzza in regime ordinario	≤ 0,21	0,21 = intervallo di adeguatezza Comitato LEA
8 4	Clinical governance	B	Individuazione di un indicatore di outcome delle UU.OO. di Pneumologia da proporre per gli Obiettivi operativi di Budget 2021	Invio via mail all'U.O. Controllo di gestione entro il 30 settembre	Coordinato dal Direttore dell'U.O. Di Pneumologia San Paolo
9 # 1 2	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	>250	

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO Dipartimento aziendale di Area Medica

UNITA' OPERATIVA UOSVD Geriatria Osp. Putignano

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	B	Degenza Media	2020 ≤ 2019	
2 # 3	Clinical governance	M	Peso medio DRG	2020 ≥ 2019	
3 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
4 # 3 4	Clinical governance	B	Rapporto tra ricoveri con DRG a rischio di inapproprietezza e ricoveri con DRG non a rischio inapproprietezza in regime ordinario	≤ 0,21	0,21 = intervallo di adeguatezza Comitato LEA
5 # 1 2	Sanità digitale	A	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
7 # 1	Razionalizzazione della spesa farmaceutica	A	% Piani terapeutici con prescrizione di farmaco biosimilare nel rispetto delle Delibere e Circolari Regionali	> 90% delle nuove prescrizioni	es.: DD.G.R.n.699/2017, n.983/2018, n.1188/2019
8 # 1 2	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	> 150	

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento aziendale di Area Chirurgica

UNITA' OPERATIVA

UOC Chirurgia Generale Osp. San Paolo

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Indice Chirurgico	> 85%	Al netto dei Ricoveri da P.S.
2 # 3	Clinical governance	M	Degenza Media Pre Operatoria	≤ 1.5 gg.	Su ricoveri programmati
3 3 4	Breast Unit (DGR 854/2018)	M	Adesione alle Linee di indirizzo sulle modalità organizzative ed assistenziali della Rete dei Centri di Senologia	N. Ricoveri con DRG 257, 258, 259, 260 = 0	
4 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 4%	
5 # 3	Clinical governance	M	Percentuale Colectomie Laparoscopiche con D.M. postop. <3gg	≥ 70%	
7 # 1 2	Sanità digitale	A	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
8 # 1 2	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	> 200	
9 3 4	Efficienza organizzativa	A	Utilizzo di software aziendale di gestione dell'attività di Sala operatoria (GISO)	Report riepilogativo annuale di attività prodotto dall'U.O. utilizzando il software di gestione	Da allegare alla Relazione finale

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera équipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera équipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento aziendale di Area Chirurgica

UNITA' OPERATIVA
UOSVD Chirurgia Senologica Osp. San Paolo

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Indice Chirurgico	> 85%	Al netto dei Ricoveri da P.S.
2 # 3	Clinical governance	M	Degenza media	≤ 5 gg.	
3 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
5 # 1 2	Sanità digitale	A	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
6 # 1 2	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	> 1000	
7 3	Breast Unit (DGR 854/2018)	M	Definizione di Protocollo operativo per il percorso di accesso alla terapia chirurgica delle pazienti con carcinoma della mammella provenienti dalle UU.OO. di Chirurgia della ASL BA	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale entro il 31/01/2020 e successivo inoltre alle UU.OO. Di Chirurgia della ASL BA	
8 3 4	Efficienza organizzativa	A	Utilizzo di software aziendale di gestione dell'attività di Sala operatoria (GISO)	Report riepilogativo annuale di attività prodotto dall'U.O. utilizzando il software di gestione	Da allegare alla Relazione finale

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019
Rimodulata nel Settembre 2020
DIRETTORE DIPARTIMENTO
DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento aziendale di Area Chirurgica

UNITA' OPERATIVA

UOC Chirurgia Generale Osp. Molfetta

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Indice Chirurgico	> 85%	Al netto dei Ricoveri da P.S.
2 # 3	Clinical governance	M	Degenza Media Pre Operatoria	≤ 1.5 gg.	Su ricoveri programmati
3 3 4	Breast Unit (DGR 854/2018)	M	Adesione alle Linee di indirizzo sulle modalità organizzative ed assistenziali della Rete dei Centri di Senologia	N. Ricoveri con DRG 257, 258, 259, 260 = 0	
4 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 4%	
5 # 3	Clinical governance	M	Percentuale Colectomie Laparoscopiche con D.M. postop. <3gg	≥ 70%	
7 # 1 2	Sanità digitale	A	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
8 # 1 2	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	> 200	
9 3 4	Efficienza organizzativa	A	Utilizzo di software aziendale di gestione dell'attività di Sala operatoria (GISO)	Report riepilogativo annuale di attività prodotto dall'U.O. utilizzando il software di gestione	Da allegare alla Relazione finale

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento aziendale di Area Chirurgica

UNITA' OPERATIVA

UOSVD Ortopedia e Traumatologia Osp. Molfetta

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Indice Chirurgico	> 85%	Al netto dei Ricoveri da P.S.
2 # 3	Clinical governance	M	Degenza Media Pre Operatoria	≤ 1.5 gg.	Su ricoveri programmati
3 # 3	Clinical governance	M	Rapporto tra ricoveri con DRG a rischio di inappropriatezza e ricoveri con DRG non a rischio inappropriatezza in regime ordinario	≤ 0,21	0,21 = intervallo di adeguatezza Comitato LEA
4 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
5 # 3	Clinical governance	A	% Pazienti con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario in pazienti > 65 anni	> 80%	
7 # 1	Sanità digitale	A	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
8 # 3	Efficienza organizzativa	A	Utilizzo di software aziendale di gestione dell'attività di Sala operatoria (GISO)	Report riepilogativo annuale di attività prodotto dall'U.O. utilizzando il software di gestione	Da allegare alla Relazione finale
9 # 1	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	> 500	

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento aziendale di Area Chirurgica

UNITA' OPERATIVA

UOSVD Ortopedia e Traumatologia Osp. Corato

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Indice Chirurgico	> 85%	Al netto dei Ricoveri da P.S.
2 # 3	Clinical governance	M	Degenza Media Pre Operatoria	≤ 1.5 gg.	Su ricoveri programmati
3 # 3	Clinical governance	M	Rapporto tra ricoveri con DRG a rischio di inappropriatezza e ricoveri con DRG non a rischio inappropriatezza in regime ordinario	≤ 0,21	0,21 = intervallo di adeguatezza Comitato LEA
4 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
5 # 3	Clinical governance	A	% Pazienti con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario in pazienti > 65 anni	> 80%	
7 # 1	Sanità digitale	A	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
8 # 3	Efficienza organizzativa	A	Utilizzo di software aziendale di gestione dell'attività di Sala operatoria (GISO)	Report riepilogativo annuale di attività prodotto dall'U.O. utilizzando il software di gestione	Da allegare alla Relazione finale
9 # 1	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	> 500	

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento aziendale di Area Chirurgica

UNITA' OPERATIVA

UOSVD Chirurgia Plastica Osp. Terlizzi

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
3 # 1 2	Sanità digitale	A	% di prestazioni ambulatoriali con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 10% delle prestazioni ambulatoriali	
4 # 1 2	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	>250	
5 3 4	Efficienza organizzativa	A	Utilizzo di software aziendale di gestione dell'attività di Sala operatoria (GISO)	Report riepilogativo annuale di attività prodotto dall'U.O. utilizzando il software di gestione	Da allegare alla Relazione finale

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera équipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera équipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento aziendale di Area Chirurgica

UNITA' OPERATIVA

UOC Chirurgia Generale Osp. Di Venere

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Indice Chirurgico	> 85%	Al netto dei Ricoveri da P.S.
2 # 3	Clinical governance	M	Degenza Media Pre Operatoria	≤ 1.5 gg.	Su ricoveri programmati
3 3 4	Breast Unit (DGR 854/2018)	M	Adesione alle Linee di indirizzo sulle modalità organizzative ed assistenziali della Rete dei Centri di Senologia	N. Ricoveri con DRG 257, 258, 259, 260 = 0	
4 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 4%	
5 # 3	Clinical governance	M	Percentuale Colectomie Laparoscopiche con D.M. postop. <3gg	≥ 70%	
7 # 1 2	Sanità digitale	A	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
8 # 1 2	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	> 200	
9 3 4	Efficienza organizzativa	A	Utilizzo di software aziendale di gestione dell'attività di Sala operatoria (GISO)	Report riepilogativo annuale di attività prodotto dall'U.O. utilizzando il software di gestione	Da allegare alla Relazione finale

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera équipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera équipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento aziendale di Area Chirurgica

UNITA' OPERATIVA

UOC Ortopedia e Traumatologia Osp. della Murgia

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Indice Chirurgico	> 85%	Al netto dei Ricoveri da P.S.
2 # 3	Clinical governance	M	Degenza Media Pre Operatoria	≤ 1.5 gg.	Su ricoveri programmati
3 # 3 4	Clinical governance	M	Rapporto tra ricoveri con DRG a rischio di inappropriatezza e ricoveri con DRG non a rischio inappropriatezza in regime ordinario	≤ 0,21	0,21 = intervallo di adeguatezza Comitato LEA
4 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
5 # 3 4	Clinical governance	A	% Pazienti con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario in pazienti > 65 anni	> 80%	
7 # 1 2	Sanità digitale	A	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
8 3 4	Efficienza organizzativa	A	Utilizzo di software aziendale di gestione dell'attività di Sala operatoria (GISO)	Report riepilogativo annuale di attività prodotto dall'U.O. utilizzando il software di gestione	Da allegare alla Relazione finale
9 # 1 2	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	> 500	

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento aziendale di Area Chirurgica

UNITA' OPERATIVA

UOC Chirurgia Generale Osp. della Murgia

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Indice Chirurgico	> 85%	Al netto dei Ricoveri da P.S.
2 # 3	Clinical governance	M	Degenza Media Pre Operatoria	≤ 1.5 gg.	Su ricoveri programmati
3 3 4	Breast Unit (DGR 854/2018)	M	Adesione alle Linee di indirizzo sulle modalità organizzative ed assistenziali della Rete dei Centri di Senologia	N. Ricoveri con DRG 257, 258, 259, 260 e 261 = 0	
4 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 4%	
5 # 3	Clinical governance	M	Percentuale Colectomie Laparoscopiche con D.M. postop. <3gg	≥ 70%	
7 # 1 2	Sanità digitale	A	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
8 3	Clinical governance	M	Procedura per la gestione del paziente con emorragia digestiva in emergenza-urgenza	Invio con mail della Procedura elaborata secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Condiviso con PS, Medicina Interna, Chirurgia, Rianimazione e DMPO dell'Ospedale della Murgia Coordinato da U.O. di Endoscopia Digestiva. Allegare mail di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale
9 # 1 2	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	> 200	
10 3 4	Efficienza organizzativa	A	Utilizzo di software aziendale di gestione dell'attività di Sala operatoria (GISO)	Report riepilogativo annuale di attività prodotto dall'U.O. utilizzando il software di gestione	Da allegare alla Relazione finale

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento aziendale di Area Chirurgica

UNITA' OPERATIVA

UOC Chirurgia Generale Osp. Monopoli

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Indice Chirurgico	> 85%	Al netto dei Ricoveri da P.S.
2 # 3	Clinical governance	M	Degenza Media Pre Operatoria	≤ 1.5 gg.	Su ricoveri programmati
3 3 4	Breast Unit (DGR 854/2018)	M	Adesione alle Linee di indirizzo sulle modalità organizzative ed assistenziali della Rete dei Centri di Senologia	N. Ricoveri con DRG 257, 258, 259, 260 = 0	
4 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 4%	
5 # 3	Clinical governance	M	Percentuale Colectomie Laparoscopiche con D.M. postop. <3gg	≥ 70%	
7 # 1 2	Sanità digitale	A	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
8 # 1 2	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	> 200	
9 3 4	Efficienza organizzativa	A	Utilizzo di software aziendale di gestione dell'attività di Sala operatoria (GISO)	Report riepilogativo annuale di attività prodotto dall'U.O. utilizzando il software di gestione	Da allegare alla Relazione finale

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento aziendale di Area Chirurgica

UNITA' OPERATIVA

UOC Ortopedia e Traumatologia Osp. Monopoli

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Indice Chirurgico	> 85%	Al netto dei Ricoveri da P.S.
2 # 3	Clinical governance	M	Degenza Media Pre Operatoria	≤ 1.5 gg.	Su ricoveri programmati
3 # 3	Clinical governance	M	Rapporto tra ricoveri con DRG a rischio di inappropriatezza e ricoveri con DRG non a rischio inappropriatezza in regime ordinario	≤ 0,21	0,21 = intervallo di adeguatezza Comitato LEA
4 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
5 # 3	Clinical governance	A	% Pazienti con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario in pazienti > 65 anni	> 80%	
7 # 1	Sanità digitale	A	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
8 # 3	Efficienza organizzativa	A	Utilizzo di software aziendale di gestione dell'attività di Sala operatoria (GISO)	Report riepilogativo annuale di attività prodotto dall'U.O. utilizzando il software di gestione	Da allegare alla Relazione finale
9 # 1	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	> 500	

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento aziendale di Area Chirurgica

UNITA' OPERATIVA

UOC Chirurgia Generale Osp. Putignano

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Indice Chirurgico	> 85%	Al netto dei Ricoveri da P.S.
2 # 3	Clinical governance	M	Degenza Media Pre Operatoria	≤ 1.5 gg.	Su ricoveri programmati
3 3 4	Breast Unit (DGR 854/2018)	M	Adesione alle Linee di indirizzo sulle modalità organizzative ed assistenziali della Rete dei Centri di Senologia	N. Ricoveri con DRG 257, 258, 259, 260 = 0	
4 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 4%	
5 # 3	Clinical governance	M	Percentuale Colectomie Laparoscopiche con D.M. postop. <3gg	≥ 70%	
7 # 1 2	Sanità digitale	A	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
8 # 1 2	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	> 200	
9 3 4	Efficienza organizzativa	A	Utilizzo di software aziendale di gestione dell'attività di Sala operatoria (GISO)	Report riepilogativo annuale di attività prodotto dall'U.O. utilizzando il software di gestione	Da allegare alla Relazione finale

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento aziendale di Area Chirurgica

UNITA' OPERATIVA

UOC Ortopedia e Traumatologia Osp. Putignano

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Indice Chirurgico	> 85%	Al netto dei Ricoveri da P.S.
2 # 3	Clinical governance	M	Degenza Media Pre Operatoria	≤ 1.5 gg.	Su ricoveri programmati
3 # 3	Clinical governance	M	Rapporto tra ricoveri con DRG a rischio di inappropriatezza e ricoveri con DRG non a rischio inappropriatezza in regime ordinario	≤ 0,21	0,21 = intervallo di adeguatezza Comitato LEA
4 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
5 # 3	Clinical governance	A	% Pazienti con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario in pazienti > 65 anni	> 80%	
7 # 1	Sanità digitale	A	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
8 # 3	Efficienza organizzativa	A	Utilizzo di software aziendale di gestione dell'attività di Sala operatoria (GISO)	Report riepilogativo annuale di attività prodotto dall'U.O. utilizzando il software di gestione	Da allegare alla Relazione finale
9 # 1	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	> 500	

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento aziendale di Area Chirurgica

UNITA' OPERATIVA

UOC Chirurgia Generale Osp. Terlizzi e UOS Chirurgia Generale Osp. Corato

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Indice Chirurgico	> 85%	Al netto dei Ricoveri da P.S.
2 # 3	Clinical governance	M	Degenza Media Pre Operatoria	≤ 1.5 gg.	Su ricoveri programmati
3 3 4	Breast Unit (DGR 854/2018)	M	Adesione alle Linee di indirizzo sulle modalità organizzative ed assistenziali della Rete dei Centri di Senologia	N. Ricoveri con DRG 257, 258, 259, 260 = 0	
4 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 4%	
7 # 1 2	Sanità digitale	A	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
8 # 1 2	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	> 200	
9 3 4	Efficienza organizzativa	A	Utilizzo di software aziendale di gestione dell'attività di Sala operatoria (GISO)	Report riepilogativo annuale di attività prodotto dall'U.O. utilizzando il software di gestione	Da allegare alla Relazione finale

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO Dipartimento aziendale Medico-Chirurgico Nefro-Urologico
 UNITA' OPERATIVA UOSVD Nefrologia e Dialisi Osp. Molfetta (con CAD di Ruvo)

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
2 # 3	Clinical governance	M	Degenza Media	≤ 8.5 gg.	
3 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 4%	
4 # 1 2	Sanità digitale	B	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
5 # 1 2	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	> 2000	
6 2	Integrazione Ospedale-Territorio	M	Immissione di nuovi pazienti in dialisi peritoneale	Almeno un nuovo paziente	
7 # 1	Razionalizzazione della spesa farmaceutica	A	% Piani terapeutici con prescrizione di farmaco biosimilare (Epoetine) nel rispetto delle Delibere e Circolari Regionali	> 90% delle nuove prescrizioni	es.: DD.G.R.n.699/2017, n.983/2018, n.1188/2019

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera équipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera équipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento aziendale Medico-Chirurgico Nefro-Urologico

UNITA' OPERATIVA

UOC Urologia Osp. Molfetta

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Indice Chirurgico	> 85%	Al netto dei Ricoveri da P.S.
2 # 3	Clinical governance	M	Degenza Media Pre Operatoria	≤ 1.5 gg.	Su ricoveri programmati
3 # 3	Clinical governance	M	Rapporto tra ricoveri con DRG a rischio di inappropriatezza e ricoveri con DRG non a rischio inappropriatezza in regime ordinario	≤ 0,21	0,21 = intervallo di adeguatezza Comitato LEA
4 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
6 # 1	Sanità digitale	B	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
8 # 3	Efficienza organizzativa	A	Utilizzo di software aziendale di gestione dell'attività di Sala operatoria (GISO)	Report riepilogativo annuale di attività prodotto dall'U.O. utilizzando il software di gestione	Da allegare alla Relazione finale
9 # 1	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	> 500	

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento aziendale Medico-Chirurgico Nefro-Urologico

UNITA' OPERATIVA

UOC Nefrologia e Dialisi Osp. Di Venere (con CAD di Triggiano e Bitonto)

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
2 # 3	Clinical governance	M	Degenza Media	≤ 8.5 gg.	
3 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 4%	
4 # 1 2	Sanità digitale	B	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
5 # 1 2	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	> 2000	
6 2	Integrazione Ospedale-Territorio	M	Immissione di nuovi pazienti in dialisi peritoneale	Almeno un nuovo paziente	
7 # 1	Razionalizzazione della spesa farmaceutica	A	% Piani terapeutici con prescrizione di farmaco biosimilare (Epoetine) nel rispetto delle Delibere e Circolari Regionali	> 90% delle nuove prescrizioni	es.: DD.G.R.n.699/2017, n.983/2018, n.1188/2019

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento aziendale Medico-Chirurgico Nefro-Urologico

UNITA' OPERATIVA

UOC Urologia Osp. Di Venere

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Indice Chirurgico	> 85%	Al netto dei Ricoveri da P.S.
2 # 3	Clinical governance	M	Degenza Media Pre Operatoria	≤ 1.5 gg.	Su ricoveri programmati
3 # 3	Clinical governance	M	Rapporto tra ricoveri con DRG a rischio di inappropriatezza e ricoveri con DRG non a rischio inappropriatezza in regime ordinario	≤ 0,21	0,21 = intervallo di adeguatezza Comitato LEA
4 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
6 # 1	Sanità digitale	B	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
8 # 3	Efficienza organizzativa	A	Utilizzo di software aziendale di gestione dell'attività di Sala operatoria (GISO)	Report riepilogativo annuale di attività prodotto dall'U.O. utilizzando il software di gestione	Da allegare alla Relazione finale
9 # 1	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	> 500	

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento aziendale Medico-Chirurgico Nefro-Urologico

UNITA' OPERATIVA

UOSVD Nefrologia e Dialisi Osp. della Murgia (con CAD di Grumo Appula)

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
2 # 3	Clinical governance	M	Degenza Media	≤ 8.5 gg.	
3 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 4%	
4 # 1 2	Sanità digitale	B	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
5 # 1 2	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	> 2000	
6 2	Integrazione Ospedale-Territorio	M	Immissione di nuovi pazienti in dialisi peritoneale	Almeno un nuovo paziente	
7 # 1	Razionalizzazione della spesa farmaceutica	A	% Piani terapeutici con prescrizione di farmaco biosimilare (Epoetine) nel rispetto delle Delibere e Circolari Regionali	> 90% delle nuove prescrizioni	es.: DD.G.R.n.699/2017, n.983/2018, n.1188/2019

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento aziendale Medico-Chirurgico Nefro-Urologico

UNITA' OPERATIVA

UOC Urologia Osp. della Murgia

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Indice Chirurgico	> 85%	Al netto dei Ricoveri da P.S.
2 # 3	Clinical governance	M	Degenza Media Pre Operatoria	≤ 1.5 gg.	Su ricoveri programmati
3 # 3	Clinical governance	M	Rapporto tra ricoveri con DRG a rischio di inappropriatezza e ricoveri con DRG non a rischio inappropriatezza in regime ordinario	≤ 0,21	0,21 = intervallo di adeguatezza Comitato LEA
4 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
6 # 1	Sanità digitale	B	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
8 # 3	Efficienza organizzativa	A	Utilizzo di software aziendale di gestione dell'attività di Sala operatoria (GISO)	Report riepilogativo annuale di attività prodotto dall'U.O. utilizzando il software di gestione	Da allegare alla Relazione finale
9 # 1	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	> 500	

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento aziendale Medico-Chirurgico Nefro-Urologico

UNITA' OPERATIVA

UOC Urologia Osp. Monopoli

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Indice Chirurgico	> 85%	Al netto dei Ricoveri da P.S.
2 # 3	Clinical governance	M	Degenza Media Pre Operatoria	≤ 1.5 gg.	Su ricoveri programmati
3 # 3	Clinical governance	M	Rapporto tra ricoveri con DRG a rischio di inappropriatezza e ricoveri con DRG non a rischio inappropriatezza in regime ordinario	≤ 0,21	0,21 = intervallo di adeguatezza Comitato LEA
4 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
6 # 1	Sanità digitale	B	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
8 # 3	Efficienza organizzativa	A	Utilizzo di software aziendale di gestione dell'attività di Sala operatoria (GISO)	Report riepilogativo annuale di attività prodotto dall'U.O. utilizzando il software di gestione	Da allegare alla Relazione finale
9 # 1	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	> 500	

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento aziendale Medico-Chirurgico Nefro-Urologico

UNITA' OPERATIVA

UOSVD Nefrologia e Dialisi Osp. Putignano (con CAD di Conversano, Gioia e Monopoli)

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
2 # 3	Clinical governance	M	Degenza Media	≤ 8.5 gg.	
3 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 4%	
4 # 1 2	Sanità digitale	A	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
5 # 1 2	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	> 2000	
6 2	Integrazione Ospedale-Territorio	M	Immissione di nuovi pazienti in dialisi peritoneale	Almeno un nuovo paziente	
7 # 1	Razionalizzazione della spesa farmaceutica	A	% Piani terapeutici con prescrizione di farmaco biosimilare (Epoetine) nel rispetto delle Delibere e Circolari Regionali	> 90% delle nuove prescrizioni	es.: DD.G.R.n.699/2017, n.983/2018, n.1188/2019

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento aziendale Materno-Infantile

UNITA' OPERATIVA

UOC Ginecologia e Ostetricia Osp. San Paolo

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Indice Chirurgico	> 85%	Esclusi i ricoveri con MDC 14
2 # 3 4	Clinical governance	A	% parti cesarei depurati (NTSV)	≤ 25%	
3 # 3 4	Clinical governance	M	Rapporto tra ricoveri con DRG a rischio di inappropriately e ricoveri con DRG non a rischio inappropriately in regime ordinario	≤ 0,21	0,21 = intervallo di adeguatezza Comitato LEA
4 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
6 # 1 2	Sanità digitale	B	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
7 # 1 2	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	> 500	
8 3 4	Efficienza organizzativa	A	Utilizzo di software aziendale di gestione dell'attività di Sala operatoria (GISO)	Report riepilogativo annuale di attività prodotto dall'U.O. utilizzando il software di gestione	Da allegare alla Relazione finale

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera équipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera équipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento aziendale Materno-Infantile

UNITA' OPERATIVA

UOC Pediatria e Nido Osp. San Paolo

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Degenza Media	≤ 4 gg.	
2 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
4 # 1 2	Clinical governance	A	% di ricoveri per Gastroenterite	< 3% dei pazienti dimessi	Escluse le dimissioni dal Nido
6 # 1 2	Sanità digitale	B	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	Escluse le dimissioni dal Nido
7 # 1 2	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	> 500	

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento aziendale Materno-Infantile

UNITA' OPERATIVA

UOC Ginecologia e Ostetricia Osp. Corato

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Indice Chirurgico	> 85%	Esclusi i ricoveri con MDC 14
2 # 3 4	Clinical governance	A	% parti cesarei depurati (NTSV)	≤ 25%	
3 # 3 4	Clinical governance	M	Rapporto tra ricoveri con DRG a rischio di inappropriately e ricoveri con DRG non a rischio inappropriately in regime ordinario	≤ 0,21	0,21 = intervallo di adeguatezza Comitato LEA
4 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
6 # 1 2	Sanità digitale	B	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
7 # 1 2	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	>250	
8 3 4	Efficienza organizzativa	A	Utilizzo di software aziendale di gestione dell'attività di Sala operatoria (GISO)	Report riepilogativo annuale di attività prodotto dall'U.O. utilizzando il software di gestione	Da allegare alla Relazione finale

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento aziendale Materno-Infantile

UNITA' OPERATIVA

UOSVD Pediatria Osp. Corato

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Degenza Media	≤ 4 gg.	
2 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
4 # 1 2	Clinical governance	A	% di ricoveri per Gastroenterite	< 3% dei pazienti dimessi	Escluse le dimissioni dal Nido
6 # 1 2	Sanità digitale	B	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	Escluse le dimissioni dal Nido
7 # 1 2	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	> 150	

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento aziendale Materno-Infantile

UNITA' OPERATIVA

UOC Ginecologia e Ostetricia Osp. Di Venere

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Indice Chirurgico	> 85%	Esclusi i ricoveri con MDC 14
2 # 3 4	Clinical governance	A	% parti cesarei depurati (NTSV)	≤ 25%	
3 # 3 4	Clinical governance	M	Rapporto tra ricoveri con DRG a rischio di inappropriately e ricoveri con DRG non a rischio inappropriately in regime ordinario	≤ 0,21	0,21 = intervallo di adeguatezza Comitato LEA
4 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
6 # 1 2	Sanità digitale	B	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
7 # 1 2	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	> 500	
8 3 4	Efficienza organizzativa	A	Utilizzo di software aziendale di gestione dell'attività di Sala operatoria (GISO)	Report riepilogativo annuale di attività prodotto dall'U.O. utilizzando il software di gestione	Da allegare alla Relazione finale

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera équipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera équipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento aziendale Materno-Infantile

UNITA' OPERATIVA

UOC Neonatologia e UTIN Osp. Di Venere

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
3 3	Obblighi informativi	B	Redazione Report attività 2018-2019-2020	N. 1 Report	Da allegare alla Relazione finale utilizzando la modulistica concordata con l'U.O. Controllo di Gestione
4 3	Obblighi informativi	B	Redazione Report su nati vivi da tecnica di inseminazione semplice e di II e III livello 2018-2019-2020	N. 1 Report	Da allegare alla Relazione finale utilizzando la modulistica concordata con l'U.O. Controllo di Gestione
5 2 4	Registro regionale delle malformazioni	M	N° casi comunicati	Comunicazione del 100% dei casi	Subordinato alla prosecuzione del Progetto Regionale
6 2	Potenziamento screening	M	N° di neonati sottoposti a screening audiologico neonatale/N° tot. di bambini nati vivi	≥ 80%	

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento aziendale Materno-Infantile

UNITA' OPERATIVA

UOC Ginecologia e Ostetricia Osp. della Murgia

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Indice Chirurgico	> 85%	Esclusi i ricoveri con MDC 14
2 # 3 4	Clinical governance	A	% parti cesarei depurati (NTSV)	≤ 25%	
3 # 3 4	Clinical governance	M	Rapporto tra ricoveri con DRG a rischio di inappropriately e ricoveri con DRG non a rischio inappropriately in regime ordinario	≤ 0,21	0,21 = intervallo di adeguatezza Comitato LEA
4 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
6 # 1 2	Sanità digitale	B	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
7 # 1 2	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	>250	
8 3 4	Efficienza organizzativa	A	Utilizzo di software aziendale di gestione dell'attività di Sala operatoria (GISO)	Report riepilogativo annuale di attività prodotto dall'U.O. utilizzando il software di gestione	Da allegare alla Relazione finale

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera équipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera équipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento aziendale Materno-Infantile

UNITA' OPERATIVA

UOSVD Pediatria Osp. della Murgia

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Degenza Media	≤ 4 gg.	
2 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
4 # 1 2	Clinical governance	A	% di ricoveri per Gastroenterite	< 3% dei pazienti dimessi	Escluse le dimissioni dal Nido
6 # 1 2	Sanità digitale	B	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	Escluse le dimissioni dal Nido
7 # 1 2	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	> 150	

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera équipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera équipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento aziendale Materno-Infantile

UNITA' OPERATIVA

UOC Ginecologia e Ostetricia Osp. Monopoli

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Indice Chirurgico	> 85%	Esclusi i ricoveri con MDC 14
2 # 3 4	Clinical governance	A	% parti cesarei depurati (NTSV)	≤ 25%	
3 # 3 4	Clinical governance	M	Rapporto tra ricoveri con DRG a rischio di inappropriately e ricoveri con DRG non a rischio inappropriately in regime ordinario	≤ 0,21	0,21 = intervallo di adeguatezza Comitato LEA
4 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
6 # 1 2	Sanità digitale	B	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
7 # 1 2	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	>250	
8 3 4	Efficienza organizzativa	A	Utilizzo di software aziendale di gestione dell'attività di Sala operatoria (GISO)	Report riepilogativo annuale di attività prodotto dall'U.O. utilizzando il software di gestione	Da allegare alla Relazione finale

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera équipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera équipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento aziendale Materno-Infantile

UNITA' OPERATIVA

UOSVD Pediatria Osp. Monopoli

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Degenza Media	≤ 4 gg.	
2 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
4 # 1 2	Clinical governance	A	% di ricoveri per Gastroenterite	< 3% dei pazienti dimessi	Escluse le dimissioni dal Nido
6 # 1 2	Sanità digitale	B	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	Escluse le dimissioni dal Nido
7 # 1 2	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	> 150	

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera équipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera équipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento aziendale Materno-Infantile

UNITA' OPERATIVA
UOSVD PMA Conversano

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
2 3	Obblighi informativi	M	Redazione Report attività I e II livello per gli anni 2018-2019-2020	Redazione Report	Da allegare alla Relazione finale utilizzando la modulistica concordata con l'U.O. Controllo di Gestione
3 # 1	Razionalizzazione della spesa farmaceutica	A	% Piani terapeutici con prescrizione di farmaco biosimilare nel rispetto delle Delibere e Circolari Regionali	> 90% delle nuove prescrizioni	es.: DD.G.R.n.699/2017, n.983/2018, n.1188/2019
4 # 1 2	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	> 2500	

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019
Rimodulata nel Settembre 2020
DIRETTORE DIPARTIMENTO
DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO Dipartimento aziendale Medico-Chirurgico Neurosensoriale

UNITA' OPERATIVA UOSVD Neurologia Osp. San Paolo

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
3 # 1 2	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	>250	
4 3	Clinical governance	M	Procedura per la gestione intraospedaliera del paziente con sospetto ictus cerebrale	Invio con mail della Procedura elaborata secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Obiettivo in comune tra UU.OO. di Radiodiagnostica, P.S., Neurochirurgia e Neurologia. Coordinato da U.O. Neurologia P.O. Di Venere. Allegare mail di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale
5 3	Clinical governance	M	Procedura per la definizione dei criteri di appropriatezza prescrittiva di indagini diagnostiche per immagini (TC cranio) nei soggetti con cefalea	Invio con mail della Procedura elaborata secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Obiettivo in comune tra UU.OO. di Radiodiagnostica, Neurologia e P.S. Coordinato da U.O. Radiodiagnostica San Paolo. Allegare mail di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO Dipartimento aziendale Medico-Chirurgico Neurosensoriale

UNITA' OPERATIVA UOSVD Oculistica Osp. Terlizzi

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
3 3	Appropriatezza prescrittiva	A	Numero di schede di monitoraggio sulla piattaforma AIFA relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	Numero di schede = 0	Certificato dal Dipartimento del Farmaco
5 3	Clinical governance	A	Procedura per la somministrazione di preparazioni intravitreali a base di Bevacizumab per la AMD e DME	Invio con mail della Procedura elaborata secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità entro il 31/12/2020	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. di Oftalmologia coordinato dal Direttore Oftalmologia del P.O. della Murgia
6 4	Integrazione Ospedale-Territorio	M	Proposta di organizzazione integrata Ospedale-Territorio dell'attività oftalmologica per la diagnosi ed il trattamento delle patologie retiniche in paziente diabetico	Invio Procedura alla Direzione Sanitaria Aziendale	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. di Oftalmologia con il coinvolgimento degli specialisti distrettuali coordinato dal Direttore Oftalmologia di Terlizzi
7 # 1 2	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	>250	
8 3 4	Efficienza organizzativa	A	Utilizzo di software aziendale di gestione dell'attività di Sala operatoria (GISO)	Report riepilogativo annuale di attività prodotto dall'U.O. utilizzando il software di gestione	Da allegare alla Relazione finale

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera équipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera équipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO Dipartimento aziendale Medico-Chirurgico Neurosensoriale

UNITA' OPERATIVA UOSVD Dermatologia Osp. Di Venere

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
3 # 1	Razionalizzazione della spesa farmaceutica	A	% Piani terapeutici con prescrizione di farmaco biosimilare nel rispetto delle Delibere e Circolari Regionali	> 90% delle nuove prescrizioni	es.: DD.G.R.n.699/2017, n.983/2018, n.1188/2019
4 # 1 2	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	>250	

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera équipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera équipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO Dipartimento aziendale Medico-Chirurgico Neurosensoriale

UNITA' OPERATIVA UOC Oculistica Osp. Di Venere

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
3 3	Appropriatezza prescrittiva	A	Numero di schede di monitoraggio sulla piattaforma AIFA relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	Numero di schede = 0	Certificato dal Dipartimento del Farmaco
5 3	Clinical governance	A	Procedura per la somministrazione di preparazioni intravitreali a base di Bevacizumab per la AMD e DME	Invio con mail della Procedura elaborata secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità entro il 31/12/2020	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. di Oftalmologia coordinato dal Direttore Oftalmologia del P.O. della Murgia
6 4	Integrazione Ospedale-Territorio	M	Proposta di organizzazione integrata Ospedale-Territorio dell'attività oftalmologica per la diagnosi ed il trattamento delle patologie retiniche in paziente diabetico	Invio Procedura alla Direzione Sanitaria Aziendale	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. di Oftalmologia con il coinvolgimento degli specialisti distrettuali coordinato dal Direttore Oftalmologia di Terlizzi
7 # 1 2	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	>250	
8 3 4	Efficienza organizzativa	A	Utilizzo di software aziendale di gestione dell'attività di Sala operatoria (GISO)	Report riepilogativo annuale di attività prodotto dall'U.O. utilizzando il software di gestione	Da allegare alla Relazione finale

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera équipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera équipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO Dipartimento aziendale Medico-Chirurgico Neurosensoriale

UNITA' OPERATIVA UOC Otorinolaringoiatria Osp. Di Venere

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Indice Chirurgico	> 85%	Al netto dei Ricoveri da P.S.
2 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
3 # 3 4	Clinical governance	M	Rapporto tra ricoveri con DRG a rischio di inappropriatezza e ricoveri con DRG non a rischio inappropriatezza in regime ordinario	≤ 0,21	0,21 = intervallo di adeguatezza Comitato LEA
5 # 1 2	Sanità digitale	A	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
6 # 1 2	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	> 1000	
7 3 4	Efficienza organizzativa	A	Utilizzo di software aziendale di gestione dell'attività di Sala operatoria (GISO)	Report riepilogativo annuale di attività prodotto dall'U.O. utilizzando il software di gestione	Da allegare alla Relazione finale

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera équipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera équipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento aziendale Medico-Chirurgico Neurosensoriale

UNITA' OPERATIVA

UOSVD Epilessia ed EEG Età Evolutiva Osp. San Paolo

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
3 # 1 2	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	>250	
5 3 2	Clinical governance	M	Attivazione di ambulatorio di Neurologia pediatrica	Attivazione agenda	
6 4	Clinical governance	M	Elaborazione del Protocollo: "Piano assistenziale multidisciplinare nelle malattie rare: il modello Rett"	Invio con mail del protocollo all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Allegare mail di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera équipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera équipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO Dipartimento aziendale Medico-Chirurgico Neurosensoriale

UNITA' OPERATIVA UOSVD Oculistica Osp. della Murgia

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
3 3	Appropriatezza prescrittiva	A	Numero di schede di monitoraggio sulla piattaforma AIFA relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	Numero di schede = 0	Certificato dal Dipartimento del Farmaco
5 3	Clinical governance	A	Procedura per la somministrazione di preparazioni intravitreali a base di Bevacizumab per la AMD e DME	Invio con mail della Procedura elaborata secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità entro il 31/12/2020	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. di Oftalmologia coordinato dal Direttore Oftalmologia del P.O. della Murgia
6 4	Integrazione Ospedale-Territorio	M	Proposta di organizzazione integrata Ospedale-Territorio dell'attività oftalmologica per la diagnosi ed il trattamento delle patologie retiniche in paziente diabetico	Invio Procedura alla Direzione Sanitaria Aziendale	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. di Oftalmologia con il coinvolgimento degli specialisti distrettuali coordinato dal Direttore Oftalmologia di Terlizzi
7 # 1 2	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	>250	
8 3 4	Efficienza organizzativa	A	Utilizzo di software aziendale di gestione dell'attività di Sala operatoria (GISO)	Report riepilogativo annuale di attività prodotto dall'U.O. utilizzando il software di gestione	Da allegare alla Relazione finale

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera équipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera équipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO Dipartimento aziendale Medico-Chirurgico Neurosensoriale

UNITA' OPERATIVA **UOC Neurologia Osp. della Murgia**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Degenza Media	≤ 8 gg.	
2 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
5 # 1 2	Sanità digitale	A	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
6 # 1 2	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	>250	
7 3	Clinical governance	A	Procedura per la gestione intraospedaliera del paziente con sospetto ictus cerebrale	Invio con mail della Procedura elaborata secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Obiettivo in comune tra UU.OO. di Radiodiagnostica, P.S., Neurochirurgia e Neurologia. Coordinato da U.O. Neurologia P.O. Di Venere. Allegare mail di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale
8 3	Clinical governance	M	Procedura per la definizione dei criteri di appropriatezza prescrittiva di indagini diagnostiche per immagini (TC cranio) nei soggetti con cefalea	Invio con mail della Procedura elaborata secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Obiettivo in comune tra UU.OO. di Radiodiagnostica, Neurologia e P.S. Coordinato da U.O. Radiodiagnostica San Paolo. Allegare mail di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento aziendale Medico-Chirurgico Neurosensoriale

UNITA' OPERATIVA

UOSVD Otorinolaringoiatria Osp. della Murgia

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Indice Chirurgico	> 85%	Al netto dei Ricoveri da P.S.
2 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
3 # 3 4	Clinical governance	M	Rapporto tra ricoveri con DRG a rischio di inappropriatezza e ricoveri con DRG non a rischio inappropriatezza in regime ordinario	≤ 0,21	0,21 = intervallo di adeguatezza Comitato LEA
5 # 1 2	Sanità digitale	A	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
6 # 1 2	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	> 1000	
7 3 4	Efficienza organizzativa	A	Utilizzo di software aziendale di gestione dell'attività di Sala operatoria (GISO)	Report riepilogativo annuale di attività prodotto dall'U.O. utilizzando il software di gestione	Da allegare alla Relazione finale

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera équipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera équipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento aziendale Medico-Chirurgico Neurosensoriale

UNITA' OPERATIVA

UOSVD Neurologia Osp. Monopoli

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Degenza Media	≤ 8 gg.	
2 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
5 # 1 2	Sanità digitale	A	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
6 # 1 2	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	>250	
7 3	Clinical governance	A	Procedura per la gestione intraospedaliera del paziente con sospetto ictus cerebrale	Invio con mail della Procedura elaborata secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Obiettivo in comune tra UU.OO. di Radiodiagnostica, P.S., Neurochirurgia e Neurologia. Coordinato da U.O. Neurologia P.O. Di Venere. Allegare mail di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale
8 3	Clinical governance	M	Procedura per la definizione dei criteri di appropriatezza prescrittiva di indagini diagnostiche per immagini (TC cranio) nei soggetti con cefalea	Invio con mail della Procedura elaborata secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Obiettivo in comune tra UU.OO. di Radiodiagnostica, Neurologia e P.S. Coordinato da U.O. Radiodiagnostica San Paolo. Allegare mail di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera équipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera équipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento aziendale Medico-Chirurgico Neurosensoriale

UNITA' OPERATIVA

UOSVD Otorinolaringoiatria Osp. Monopoli

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Indice Chirurgico	> 85%	Al netto dei Ricoveri da P.S.
2 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
3 # 3 4	Clinical governance	M	Rapporto tra ricoveri con DRG a rischio di inappropriatezza e ricoveri con DRG non a rischio inappropriatezza in regime ordinario	≤ 0,21	0,21 = intervallo di adeguatezza Comitato LEA
5 # 1 2	Sanità digitale	A	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
6 # 1 2	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	> 1000	
7 3 4	Efficienza organizzativa	A	Utilizzo di software aziendale di gestione dell'attività di Sala operatoria (GISO)	Report riepilogativo annuale di attività prodotto dall'U.O. utilizzando il software di gestione	Da allegare alla Relazione finale

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera équipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera équipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO Dipartimento aziendale Medico-Chirurgico Neurosensoriale

UNITA' OPERATIVA UOC Oculistica Osp. Putignano

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
3 3	Appropriatezza prescrittiva	A	Numero di schede di monitoraggio sulla piattaforma AIFA relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	Numero di schede = 0	Certificato dal Dipartimento del Farmaco
5 3	Clinical governance	A	Procedura per la somministrazione di preparazioni intravitreali a base di Bevacizumab per la AMD e DME	Invio con mail della Procedura elaborata secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità entro il 31/12/2020	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. di Oftalmologia coordinato dal Direttore Oftalmologia del P.O. della Murgia
6 4	Integrazione Ospedale-Territorio	M	Proposta di organizzazione integrata Ospedale-Territorio dell'attività oftalmologica per la diagnosi ed il trattamento delle patologie retiniche in paziente diabetico	Invio Procedura alla Direzione Sanitaria Aziendale	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. di Oftalmologia con il coinvolgimento degli specialisti distrettuali coordinato dal Direttore Oftalmologia di Terlizzi
7 # 1 2	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	>250	
8 3 4	Efficienza organizzativa	A	Utilizzo di software aziendale di gestione dell'attività di Sala operatoria (GISO)	Report riepilogativo annuale di attività prodotto dall'U.O. utilizzando il software di gestione	Da allegare alla Relazione finale

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera équipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera équipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento aziendale della Radiodiagnostica

UNITA' OPERATIVA

UOC Radiodiagnostica Osp. San Paolo

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
4 3	Clinical governance	A	Procedura per la gestione intraospedaliera del paziente con sospetto ictus cerebrale	Invio con mail della Procedura elaborata secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Obiettivo in comune tra UU.OO. di Radiodiagnostica, P.S., Neurochirurgia e Neurologia. Coordinato da U.O. Neurologia P.O. Di Venere. Allegare mail di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale
5 3	Clinical governance	M	Procedura per la definizione dei criteri di appropriatezza prescrittiva di indagini diagnostiche per immagini (TC cranio) nei soggetti con cefalea	Invio con mail della Procedura elaborata secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Obiettivo in comune tra UU.OO. di Radiodiagnostica, Neurologia e P.S. Coordinato da U.O. Radiodiagnostica San Paolo. Allegare mail di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale
6 3	Clinical governance	B	Protocollo operativo per la gestione dello stravasato da somministrazione di mezzo di contrasto	Invio con mail del protocollo all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Obiettivo in comune tra UU.OO. di Radiodiagnostica. Coordinato da U.O. Radiodiagnostica Monopoli. Allegare mail di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale
7 3	Clinical governance	B	Elaborazione di pannelli di test laboratoristici propedeutici all'esecuzione di esami di II livello con mdc e radiofarmaci	Invio Relazione	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. Di Radiodiagnostica, Medicina Nucleare e Patologia Clinica. Coordinato dall'U.O. di Patologia Clinica Di Venere.

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento aziendale della Radiodiagnostica

UNITA' OPERATIVA

UOC Radiodiagnostica Osp. Terlizzi-Molfetta-Corato

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
4 3	Clinical governance	A	Procedura per la gestione intraospedaliera del paziente con sospetto ictus cerebrale	Invio con mail della Procedura elaborata secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Obiettivo in comune tra UU.OO. di Radiodiagnostica, P.S., Neurochirurgia e Neurologia. Coordinato da U.O. Neurologia P.O. Di Venere. Allegare mail di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale
5 3	Clinical governance	M	Procedura per la definizione dei criteri di appropriatezza prescrittiva di indagini diagnostiche per immagini (TC cranio) nei soggetti con cefalea	Invio con mail della Procedura elaborata secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Obiettivo in comune tra UU.OO. di Radiodiagnostica, Neurologia e P.S. Coordinato da U.O. Radiodiagnostica San Paolo. Allegare mail di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale
6 3	Clinical governance	B	Protocollo operativo per la gestione dello stravasato da somministrazione di mezzo di contrasto	Invio con mail del protocollo all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Obiettivo in comune tra UU.OO. di Radiodiagnostica. Coordinato da U.O. Radiodiagnostica Monopoli. Allegare mail di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale
7 3	Clinical governance	B	Elaborazione di pannelli di test laboratoristici propedeutici all'esecuzione di esami di II livello con mdc e radiofarmaci	Invio Relazione	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. Di Radiodiagnostica, Medicina Nucleare e Patologia Clinica. Coordinato dall'U.O. di Patologia Clinica Di Venere.

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento aziendale della Radiodiagnostica

UNITA' OPERATIVA

UOC Radiodiagnostica Osp. Di Venere

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
4 3	Clinical governance	A	Procedura per la gestione intraospedaliera del paziente con sospetto ictus cerebrale	Invio con mail della Procedura elaborata secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Obiettivo in comune tra UU.OO. di Radiodiagnostica, P.S., Neurochirurgia e Neurologia. Coordinato da U.O. Neurologia P.O. Di Venere. Allegare mail di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale
5 3	Clinical governance	M	Procedura per la definizione dei criteri di appropriatezza prescrittiva di indagini diagnostiche per immagini (TC cranio) nei soggetti con cefalea	Invio con mail della Procedura elaborata secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Obiettivo in comune tra UU.OO. di Radiodiagnostica, Neurologia e P.S. Coordinato da U.O. Radiodiagnostica San Paolo. Allegare mail di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale
6 3	Clinical governance	B	Protocollo operativo per la gestione dello stravasato da somministrazione di mezzo di contrasto	Invio con mail del protocollo all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Obiettivo in comune tra UU.OO. di Radiodiagnostica. Coordinato da U.O. Radiodiagnostica Monopoli. Allegare mail di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale
7 3	Clinical governance	B	Elaborazione di pannelli di test laboratoristici propedeutici all'esecuzione di esami di II livello con mdc e radiofarmaci	Invio Relazione	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. Di Radiodiagnostica, Medicina Nucleare e Patologia Clinica. Coordinato dall'U.O. di Patologia Clinica Di Venere.

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO Dipartimento aziendale della Radiodiagnostica

UNITA' OPERATIVA UOSVD Fisica Sanitaria Osp. Di Venere

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 3	Efficienza operativa	M	Controllo di qualità su apparecchiature radiologiche: Numero apparecchiature controllate/apparecchiature installate	70%	
2 3	Efficienza operativa	M	Controllo di qualità su apparecchiature di nuova attivazione N.ro nuovi controlli / N.ro apparecchiature di nuova attivazione	100%	
3 3	Efficienza operativa	M	N.ro schede personali dosimetriche aggiornate/ N.ro schede totali	90%	
4 3	Efficienza operativa	M	N.ro misure di esposizioni ambientali/N.ro diagnostiche radiologiche	90%	
5 3	Efficienza organizzativa	M	Applicazione del protocollo operativo delle attività propedeutiche all'attivazione delle apparecchiature radiologiche per la parte di competenza.	Applicazione del protocollo nel 100% delle attivazioni	Obiettivo condiviso tra Ingegneria Clinica, AGT, Fisica Sanitaria e S.P.P. Certificato dalla Fisica Sanitaria
6 3	Efficienza organizzativa	M	Protocollo operativo per i controlli di qualità su Tomografo ibrido SPET CT	Invio con mail della procedura secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Obiettivo condiviso tra Fisica Sanitaria e Medicina Nucleare. Allegare la mail di invio alla Relazione finale
7 3	Efficienza organizzativa	M	Protocollo operativo per i controlli di qualità su Symbia S	Invio con mail della procedura secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Obiettivo condiviso tra Fisica Sanitaria e Medicina Nucleare. Allegare la mail di invio alla Relazione finale

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento aziendale della Radiodiagnostica

UNITA' OPERATIVA

UOC Medicina Nucleare Osp. Di Venere

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
3 3	Efficienza organizzativa	M	Protocollo operativo per la preparazione e controlli di qualità dei radiofarmaci osteotropi	Invio con mail della procedura secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Allegare la mail di invio alla Relazione finale
4 3	Efficienza organizzativa	M	Protocollo operativo per la esecuzione delle indagini con radiofarmaci osteotropi	Invio con mail della procedura secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Allegare la mail di invio alla Relazione finale
5 3	Efficienza organizzativa	M	Protocollo operativo per i controlli di qualità su Symbia S	Invio con mail della procedura secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Obiettivo condiviso tra Fisica Sanitaria e Medicina Nucleare. Allegare la mail di invio alla Relazione finale
6 3	Efficienza organizzativa	M	Protocollo operativo per i controlli di qualità su Tomografo ibrido SPET CT	Invio con mail della procedura secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Obiettivo condiviso tra Fisica Sanitaria e Medicina Nucleare. Allegare la mail di invio alla Relazione finale
7 3	Clinical governance	B	Elaborazione di pannelli di test laboratoristici propedeutici all'esecuzione di esami di II livello con mdc e radiofarmaci	Invio Relazione	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. Di Radiodiagnostica, Medicina Nucleare e Patologia Clinica. Coordinato dall'U.O. di Patologia Clinica Di Venere.

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento aziendale della Radiodiagnostica

UNITA' OPERATIVA

UOC Radiodiagnostica Osp. della Murgia

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
4 3	Clinical governance	A	Procedura per la gestione intraospedaliera del paziente con sospetto ictus cerebrale	Invio con mail della Procedura elaborata secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Obiettivo in comune tra UU.OO. di Radiodiagnostica, P.S., Neurochirurgia e Neurologia. Coordinato da U.O. Neurologia P.O. Di Venere. Allegare mail di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale
5 3	Clinical governance	M	Procedura per la definizione dei criteri di appropriatezza prescrittiva di indagini diagnostiche per immagini (TC cranio) nei soggetti con cefalea	Invio con mail della Procedura elaborata secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Obiettivo in comune tra UU.OO. di Radiodiagnostica, Neurologia e P.S. Coordinato da U.O. Radiodiagnostica San Paolo. Allegare mail di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale
6 3	Clinical governance	B	Protocollo operativo per la gestione dello stravasato da somministrazione di mezzo di contrasto	Invio con mail del protocollo all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Obiettivo in comune tra UU.OO. di Radiodiagnostica. Coordinato da U.O. Radiodiagnostica Monopoli. Allegare mail di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale
7 3	Clinical governance	B	Elaborazione di pannelli di test laboratoristici propedeutici all'esecuzione di esami di II livello con mdc e radiofarmaci	Invio Relazione	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. Di Radiodiagnostica, Medicina Nucleare e Patologia Clinica. Coordinato dall'U.O. di Patologia Clinica Di Venere.

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento aziendale della Radiodiagnostica

UNITA' OPERATIVA
UOC Radiodiagnostica Osp. Monopoli

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
3 3	Clinical governance	A	Procedura per la gestione intraospedaliera del paziente con sospetto ictus cerebrale	Invio con mail della Procedura elaborata secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Obiettivo in comune tra UU.OO. di Radiodiagnostica, P.S., Neurochirurgia e Neurologia. Coordinato da U.O. Neurologia P.O. Di Venere. Allegare mail di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale
4 3	Clinical governance	M	Procedura per la definizione dei criteri di appropriatezza prescrittiva di indagini diagnostiche per immagini (TC cranio) nei soggetti con cefalea	Invio con mail della Procedura elaborata secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Obiettivo in comune tra UU.OO. di Radiodiagnostica, Neurologia e P.S. Coordinato da U.O. Radiodiagnostica San Paolo. Allegare mail di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale
5 3	Clinical governance	B	Protocollo operativo per la gestione dello stravasato da somministrazione di mezzo di contrasto	Invio con mail del protocollo all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Obiettivo in comune tra UU.OO. di Radiodiagnostica. Coordinato da U.O. Radiodiagnostica Monopoli. Allegare mail di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale
6 3	Clinical governance	B	Elaborazione di pannelli di test laboratoristici propedeutici all'esecuzione di esami di II livello con mdc e radiofarmaci	Invio Relazione	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. Di Radiodiagnostica, Medicina Nucleare e Patologia Clinica. Coordinato dall'U.O. di Patologia Clinica Di Venere.

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019
Rimodulata nel Settembre 2020
DIRETTORE DIPARTIMENTO
DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento aziendale della Radiodiagnostica

UNITA' OPERATIVA

UOSVD Radiodiagnostica Osp. Putignano

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
4 3	Clinical governance	A	Procedura per la gestione intraospedaliera del paziente con sospetto ictus cerebrale	Invio con mail della Procedura elaborata secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Obiettivo in comune tra UU.OO. di Radiodiagnostica, P.S., Neurochirurgia e Neurologia. Coordinato da U.O. Neurologia P.O. Di Venere. Allegare mail di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale
5 3	Clinical governance	M	Procedura per la definizione dei criteri di appropriatezza prescrittiva di indagini diagnostiche per immagini (TC cranio) nei soggetti con cefalea	Invio con mail della Procedura elaborata secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Obiettivo in comune tra UU.OO. di Radiodiagnostica, Neurologia e P.S. Coordinato da U.O. Radiodiagnostica San Paolo. Allegare mail di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale
6 3	Clinical governance	B	Protocollo operativo per la gestione dello stravasamento da somministrazione di mezzo di contrasto	Invio con mail del protocollo all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Obiettivo in comune tra UU.OO. di Radiodiagnostica. Coordinato da U.O. Radiodiagnostica Monopoli. Allegare mail di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale
7 3	Clinical governance	B	Elaborazione di pannelli di test laboratoristici propedeutici all'esecuzione di esami di II livello con mdc e radiofarmaci	Invio Relazione	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. Di Radiodiagnostica, Medicina Nucleare e Patologia Clinica. Coordinato dall'U.O. di Patologia Clinica Di Venere.

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera équipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera équipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO Dipartimento aziendale della Medicina di Laboratorio

UNITA' OPERATIVA **UOC Patologia Clinica Osp. San Paolo, UOS Patologia Clinica Osp. Molfetta e UOS Patologia Clinica Osp. Corato-Terlizzi**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
3 3	Clinical governance	B	Procedura per la standardizzazione delle indagini propedeutiche agli esami di II livello con mdc e radiofarmaci	Elaborazione di pannelli di test di laboratorio d inserire nella Procedura	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. Di Radiodiagnostica, Medicina Nucleare e Patologia Clinica. Coordinato dall'U.O. di Medicina Nucleare con il supporto dell'U.O. Patologia Clinica P.O. "Di Venere" per la parte di competenza
4 4	Sanità digitale	A	Corretta gestione dei referti (Acquisizione consenso del paziente + Firma digitale del laboratorista) al fine del loro invio al FSE	> 90% dei referti dei pazienti esterni	Monitoraggio a cura della UOASSI tramite Innovapuglia
5 1	Efficienza assistenziale	B	Proposta di elenco di test da inserire in un tariffario aziendale per prestazioni di diagnostica in vitro non presenti in Tariffari regionali e nazionali	Invio alla Direzione Strategica entro il 30/06/2020	Obiettivo condiviso tra UU.OO. di Patologia Clinica, Citopatologia e Screening e Genetica Medica. Coordinato da U.O. di Patologia Clinica del P.O. Di Venere.
6 3	Efficienza organizzativa	A	Procedura per la corretta gestione dei campioni biologici (esecuzione prelievo e raccolta del campione) e trasporto dai Centri Prelievo ai Laboratori di riferimento (Hub e Spoke)	Invio con mail della procedura all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità entro il 31/12/2020	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Patologia Clinica, Direzioni DSS e Farmacia Territoriale. Coordinato dall'U.O. Patologia Clinica P.O. della Murgia
9 3	Efficienza operativa	A	Attivazione delle funzionalità per la distribuzione online dei referti in tutti i Laboratori afferenti all'U.O.	Avvio entro il 30/11/2020	Obiettivo condiviso tra UU.OO. Di Patologia Clinica e UOASSI. Certificato da UOASSI

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento aziendale della Medicina di Laboratorio

UNITA' OPERATIVA

UOC Patologia Clinica Osp. Di Venere-Triggiano e UOS Patologia Clinica Osp. Putignano

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
3 3	Clinical governance	B	Procedura per la standardizzazione delle indagini propedeutiche agli esami di II livello con mdc e radiofarmaci	Elaborazione di pannelli di test di laboratorio d inserire nella Procedura	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. Di Radiodiagnostica, Medicina Nucleare e Patologia Clinica. Coordinato dall'U.O. di Medicina Nucleare con il supporto dell'U.O. Patologia Clinica P.O. "Di Venere" per la parte di competenza
4 4	Sanità digitale	A	Corretta gestione dei referti (Acquisizione consenso del paziente + Firma digitale del laboratorista) al fine del loro invio al FSE	> 90% dei referti dei pazienti esterni	Monitoraggio a cura della UOASSI tramite Innovapuglia
5 1	Efficienza assistenziale	B	Proposta di elenco di test da inserire in un tariffario aziendale per prestazioni di diagnostica in vitro non presenti in Tariffari regionali e nazionali	Invio alla Direzione Strategica entro il 30/06/2020	Obiettivo comune tra UU.OO. di Patologia Clinica, Citopatologia e Screening e Genetica Medica. Coordinato da U.O. di Patologia Clinica del P.O. Di Venere.
6 3	Efficienza organizzativa	A	Procedura per la corretta gestione dei campioni biologici (esecuzione prelievo e raccolta del campione) e trasporto dai Centri Prelievo ai Laboratori di riferimento (Hub e Spoke)	Invio con mail della procedura all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità entro il 31/12/2020	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Patologia Clinica, Direzioni DSS e Farmacia Territoriale. Coordinato dall'U.O. Patologia Clinica P.O. della Murgia
8 2 4	Screening Carcinoma Colon-Retto	A	Processazione del 100% dei campioni pervenuti e comunicazione dei test positivi al Centro Screening	Esecuzione dei test e comunicazione al Centro Screening entro 21 giorni dalla riconsegna del FOBt da parte dell'utente	Certificato dal Centro Screening
9 3	Efficienza operativa	A	Attivazione delle funzionalità per la distribuzione online dei referti in tutti i Laboratori afferenti all'U.O.	Avvio entro il 30/11/2020	Obiettivo condiviso tra UU.OO. Di Patologia Clinica e UOASSI. Certificato da UOASSI

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera équipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera équipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO Dipartimento aziendale della Medicina di Laboratorio

UNITA' OPERATIVA UOSVD Citopatologia e Screening Osp. Di Venere

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
4 # 2 4	Potenziamento Screening Carcinoma Cervice Uterina	A	Tempo di refertazione della diagnostica citologica relativa alla popolazione individuata come target pr la metodica citologica	≤ 21 gg.	
5 # 2 4	Potenziamento Screening Carcinoma Cervice Uterina	A	Tempo di refertazione della diagnostica istologica	≤ 30 gg.	
6 3	Efficienza organizzativa	B	Revisione della Procedura per la gestione della raccolta e trasferimento dei campioni dai singoli Stabilimenti al centro di raccolta aziendale	Invio con mail della procedura all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Allegare la mail di invio alla Relazione finale
9 1	Efficienza assistenziale	B	Proposta di elenco di test da inserire in un tariffario aziendale per prestazioni di diagnostica in vitro non presenti in Tariffari regionali e nazionali	Invio alla Direzione Strategica entro il 30/06/2020	Obiettivo comune tra UU.OO. di Patologia Clinica, Citopatologia e Screening e Genetica Medica. Coordinato da U.O. di Patologia Clinica del P.O. Di Venere.

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO Dipartimento aziendale della Medicina di Laboratorio

UNITA' OPERATIVA UOC Genetica Medica Osp. Di Venere

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
3 4	Appropriatezza setting assistenziale	M	Percentuale aberrazioni genomiche diagnosticate alla diagnosi invasiva mediante prelievo di villi coriali (villocentesi)	%>20% delle procedure invasive	
4 4	Efficienza assistenziale	M	Partecipazione a sedute di counseling multidisciplinari sovra-aziendali per gestanti con malformazioni fetali cardiache ed extra-cardiache	Partecipazione ad almeno il 90% delle sedute	Obiettivo comune tra Medicina Fetale e Genetica Medica. Coordinato da U.O. di Medicina Fetale.
5 # 3	Efficienza organizzativa	A	Tempi di attesa per visite di genetica medica programmabili	< 60 gg.	Certificato dall'Ufficio CUP-Ticket
6 3 4	Clinical governance	M	Procedura per l'estrazione e conservazione di campioni di DNA da villi coriali per eventuali procedure diagnostiche, genetiche suppletive completa di relativo consenso informato	Invio con mail della Procedura elaborata secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Obiettivo in comune tra UU.OO. di Medicina Fetale e Genetica Medica. Coordinato da U.O. di Genetica Medica. Allegare mail di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale
7 1	Efficienza assistenziale	B	Proposta di elenco di test da inserire in un tariffario aziendale per prestazioni di diagnostica in vitro non presenti in Tariffari regionali e nazionali	Invio alla Direzione Strategica entro il 30/06/2020	Obiettivo comune tra UU.OO. di Patologia Clinica, Citopatologia e Screening e Genetica Medica. Coordinato da U.O. di Patologia Clinica del P.O. Di Venere.

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO Dipartimento aziendale della Medicina di Laboratorio

UNITA' OPERATIVA UOC Medicina Fetale Osp. Di Venere

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
3 4	Appropriatezza setting assistenziale	M	Percentuale aberrazioni genomiche diagnosticate alla diagnosi invasiva mediante prelievo di villi coriali (villocentesi)	%>20% delle procedure invasive	
4 4	Efficienza assistenziale	M	Numero di sedute di counseling organizzate con l'U.O. di Genetica Medica per gestanti con malformazioni fetali cardiache ed extra-cardiache	2020 > 2019	Obiettivo comune tra Medicina Fetale e Genetica Medica. Coordinato da U.O. di Medicina Fetale.
5 # 2 4	Clinical governance	A	Screening pre-eclampsia	≥ 2000 donne sottoposte a screening	
6 2 4	Registro regionale delle malformazioni	M	N° casi comunicati	Comunicazione del 100% dei casi	Subordinato alla prosecuzione del Progetto Regionale
7 2 4	Efficienza assistenziale	A	N° procedure invasive per la presenza di malformazioni fetali	N. procedure 2020>2019	
8 3 4	Clinical governance	M	Procedura per l'estrazione e conservazione di campioni di DNA da villi coriali per eventuali procedure diagnostiche, genetiche suppletive completa di relativo consenso informato	Invio con mail della Procedura elaborata secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Obiettivo in comune tra UU.OO. di Medicina Fetale e Genetica Medica. Coordinato da U.O. di Genetica Medica. Allegare mail di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO Dipartimento aziendale della Medicina di Laboratorio

UNITA' OPERATIVA UOSVD Patologia Clinica Osp. della Murgia

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
3 3	Clinical governance	B	Procedura per la standardizzazione delle indagini propedeutiche agli esami di II livello con mdc e radiofarmaci	Elaborazione di pannelli di test di laboratorio d inserire nella Procedura	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. Di Radiodiagnostica, Medicina Nucleare e Patologia Clinica. Coordinato dall'U.O. di Medicina Nucleare con il supporto dell'U.O. Patologia Clinica P.O. "Di Venere" per la parte di competenza
4 4	Sanità digitale	A	Corretta gestione dei referti (Acquisizione consenso del paziente + Firma digitale del laboratorista) al fine del loro invio al FSE	> 90% dei referti dei pazienti esterni	Monitoraggio a cura della UOASSI tramite Innovapuglia
5 1	Efficienza assistenziale	B	Proposta di elenco di test da inserire in un tariffario aziendale per prestazioni di diagnostica in vitro non presenti in Tariffari regionali e nazionali	Invio alla Direzione Strategica entro il 30/06/2020	Obiettivo comune tra UU.OO. di Patologia Clinica, Citopatologia e Screening e Genetica Medica. Coordinato da U.O. di Patologia Clinica del P.O. Di Venere.
6 3	Efficienza organizzativa	A	Procedura per la corretta gestione dei campioni biologici (esecuzione prelievo e raccolta del campione) e trasporto dai Centri Prelievo ai Laboratori di riferimento (Hub e Spoke)	Invio con mail della procedura all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità entro il 31/12/2020	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Patologia Clinica, Direzioni DSS e Farmacia Territoriale. Coordinato dall'U.O. Patologia Clinica P.O. della Murgia
8 2	Efficienza organizzativa	M	Monitoraggio della terapia anticoagulante per pazienti residenti a Gioia del Colle (DSS 13)	100% dei pazienti che effettuano terapia anticoagulante	
9 3	Efficienza operativa	A	Attivazione delle funzionalità per la distribuzione online dei referti in tutti i Laboratori afferenti all'U.O.	Avvio entro il 30/11/2020	Obiettivo condiviso tra UU.OO. Di Patologia Clinica e UOASSI. Certificato da UOASSI

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO Dipartimento aziendale della Medicina di Laboratorio

UNITA' OPERATIVA **UOSVD Patologia Clinica Osp. Monopoli**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
3	3	Clinical governance	B	Procedura per la standardizzazione delle indagini propedeutiche agli esami di II livello con mdc e radiofarmaci	Elaborazione di pannelli di test di laboratorio d inserire nella Procedura	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. Di Radiodiagnostica, Medicina Nucleare e Patologia Clinica. Coordinato dall'U.O. di Medicina Nucleare con il supporto dell'U.O. Patologia Clinica P.O. "Di Venere" per la parte di competenza
4	4	Sanità digitale	A	Corretta gestione dei referti (Acquisizione consenso del paziente + Firma digitale del laboratorista) al fine del loro invio al FSE	> 90% dei referti dei pazienti esterni	Monitoraggio a cura della UOASSI tramite Innovapuglia
5	1	Efficienza assistenziale	B	Proposta di elenco di test da inserire in un tariffario aziendale per prestazioni di diagnostica in vitro non presenti in Tariffari regionali e nazionali	Invio alla Direzione Strategica entro il 30/06/2020	Obiettivo comune tra UU.OO. di Patologia Clinica, Citopatologia e Screening e Genetica Medica. Coordinato da U.O. di Patologia Clinica del P.O. Di Venere.
6	3	Efficienza organizzativa	A	Procedura per la corretta gestione dei campioni biologici (esecuzione prelievo e raccolta del campione) e trasporto dai Centri Prelievo ai Laboratori di riferimento (Hub e Spoke)	Invio con mail della procedura all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità entro il 31/12/2020	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Patologia Clinica, Direzioni DSS e Farmacia Territoriale. Coordinato dall'U.O. Patologia Clinica P.O. della Murgia
8	3	Efficienza operativa	A	Attivazione delle funzionalità per la distribuzione online dei referti in tutti i Laboratori afferenti all'U.O.	Avvio entro il 30/11/2020	Obiettivo condiviso tra UU.OO. Di Patologia Clinica e UOASSI. Certificato da UOASSI

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture rispetto all'alimentazione software WCP con % liste abbinate/determine/protocollo >= 80%	Giorni liquidazione fattura ≤ 40 dalla registrazione	Obiettivo rimodulabile in corso d'anno sulla base degli esiti previsti dalla Legge N.145/2018 e D.G.R. N. 1487/2019 Certificato dall'AGRF
2	3	Qualità flussi informativi	B	Rispetto dello scadenziario dei flussi informativi di cui alla nota Prot. 39157/2016 del Direttore Amministrativo e di quelli relativi alla Normativa della Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Trasmissione flussi agli Uffici competenti via mail entro il mese successivo al trimestre di riferimento	Certificato da AGRF ed RPCT
3	3	Efficienza organizzativa	B	Monitoraggio delle attività delle associazioni di volontariato	Report trimestrale	Da allegare alla Relazione finale
4	3 4	Formazione	M	Piano di formazione obbligatoria biennale BLSO e ALS per le UU.OO. di P.S. - Anno 1 di 2	Almeno n.10 corsi BLSO e n. 10 corsi ALS	Coordinato dal Centro di Formazione per l'Emergenza.Nella Relazione finale indicare date, sedi e partecipanti
5	3	Formazione	M	Organizzazione corsi per la Gestione avanzata delle vie aeree per le UU.OO. dei Presidi Ospedalieri	Almeno 10 corsi per UU.OO. diverse rispetto al 2019	Coordinato dal Centro di Formazione per l'Emergenza.Nella Relazione finale indicare date, sedi e partecipanti

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento aziendale di Area Critica

UNITA' OPERATIVA

UOC Medicina e Chirurgia Accett. e Urgenza Osp. San Paolo e UOS Medicina e Chirurgia Accett. e Urgenza Osp. Terlizzi

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 4	Clinical governance	M	% Abbandoni da P.S.	< 4.5%	
2 # 3 4	Clinical governance	A	% Ricoveri da P.S. in Reparti chirurgici con DRG Chirurgico alla dimissione	> 65%	Escluso i ricoveri nelle UU.OO. di Ginecologia ed Ostetricia
3 # 3 4	Clinical governance	A	% ricoveri in regime di urgenza nelle UU.OO. di Area Medica attribuiti a DRG ad alto rischio di inapproprietezza	2020 ≤ 2019	
4 # 4	Clinical governance	M	% Accessi seguiti da ricovero	2020 < 2019	Fonte EDOTTO - Il calcolo è al netto degli accessi tramite Sistema 118
5 # 4	Clinical governance	A	% codici Gialli presi in carico entro 30 minuti	≥ 80%	Fonte EDOTTO
7 3	Clinical governance	A	Procedura per la gestione intraospedaliera del paziente con sospetto ictus cerebrale	Invio con mail della Procedura elaborata secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Obiettivo in comune tra UU.OO. di Radiodiagnostica, P.S., Neurochirurgia e Neurologia. Coordinato da U.O. Neurologia P.O. Di Venere. Allegare mail di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale
8 3	Clinical governance	M	Procedura per la definizione dei criteri di appropriatezza prescrittiva di indagini diagnostiche per immagini (TC cranio) nei soggetti con cefalea	Invio con mail della Procedura elaborata secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Obiettivo in comune tra UU.OO. di Radiodiagnostica, Neurologia e P.S. Coordinato da U.O. Radiodiagnostica San Paolo. Allegare mail di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO Dipartimento aziendale di Area Critica
 UNITA' OPERATIVA UOSVD Medicina Iperbarica Osp. San Paolo

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
3	2 4	Appropriatezza setting assistenziale	B	Report semestrale e annuale su tipologia acuta e cronica e n. pazienti trattati secondo le LG della società scientifica SIMSI	Elaborazione dei Report	Da inviare all'U.O. Controllo di Gestione
4	3	Efficienza assistenziale	M	Report semestrale e annuale sulle patologie trattate con indicazione indilazionabili urgenti e primarie distinte per tipologia e provenienza ASL del paziente	Elaborazione dei Report	Da inviare all'U.O. Controllo di Gestione
5	4 3	Clinical governance	A	Procedura interna all'UO per la riduzione del rischio biologico del personale sanitario e dei pazienti durante le sedute di O.T.I. e/o di Ricompressione Terapeutica in periodo di emergenza COVID-19	Invio con mail della Procedura elaborata secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Allegare mail di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento aziendale di Area Critica

UNITA' OPERATIVA

UOSVD Chirurgia Plastica e Ricostruttiva Osp. San Paolo

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Indice Chirurgico	> 85%	Al netto dei Ricoveri da P.S.
2 # 3	Clinical governance	M	Degenza Media Pre Operatoria	≤ 1.5 gg.	Su ricoveri programmati
3 # 3 4	Clinical governance	M	Rapporto tra ricoveri con DRG a rischio di inappropriatezza e ricoveri con DRG non a rischio inappropriatezza in regime ordinario	≤ 0,21	0,21 = intervallo di adeguatezza Comitato LEA
4 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
6 # 1 2	Sanità digitale	A	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
8 # 1 2	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	>250	Subordinato alla fornitura di hardware in ambulatorio
9 3 4	Efficienza organizzativa	A	Utilizzo di software aziendale di gestione dell'attività di Sala operatoria (GISO)	Report riepilogativo annuale di attività prodotto dall'U.O. utilizzando il software di gestione	Da allegare alla Relazione finale

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento aziendale di Area Critica

UNITA' OPERATIVA

UOC Ortopedia e Traumatologia Osp. San Paolo

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Indice Chirurgico	> 85%	Al netto dei Ricoveri da P.S.
2 # 3	Clinical governance	M	Degenza Media Pre Operatoria	≤ 1.5 gg.	Su ricoveri programmati
3 # 3	Clinical governance	M	Rapporto tra ricoveri con DRG a rischio di inappropriatezza e ricoveri con DRG non a rischio inappropriatezza in regime ordinario	≤ 0,21	0,21 = intervallo di adeguatezza Comitato LEA
4 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
5 # 3	Clinical governance	A	% Pazienti con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario in pazienti > 65 anni	> 80%	
7 # 1	Sanità digitale	A	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
8 # 3	Efficienza organizzativa	A	Utilizzo di software aziendale di gestione dell'attività di Sala operatoria (GISO)	Report riepilogativo annuale di attività prodotto dall'U.O. utilizzando il software di gestione	Da allegare alla Relazione finale
9 # 1	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	> 500	

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento aziendale di Area Critica

UNITA' OPERATIVA

UOC Pneumologia e UTIR con Riabilitazione Respiratoria Osp. San Paolo

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Degenza Media	2020 ≤ 2019	
2 # 3 4	Clinical governance	M	Peso medio DRG	2020 ≥ 2019	
3 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
6 # 1 2	Sanità digitale	M	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
7 # 3 4	Clinical governance	B	Rapporto tra ricoveri con DRG a rischio di inappropriatazza e ricoveri con DRG non a rischio inappropriatazza in regime ordinario	≤ 0,21	0,21 = intervallo di adeguatezza Comitato LEA
8 4	Clinical governance	B	Individuazione di un indicatore di outcome delle UU.OO. di Pneumologia da proporre per gli Obiettivi operativi di Budget 2021	Invio via mail all'U.O. Controllo di gestione entro il 30 settembre	Coordinato dal Direttore dell'U.O. Di Pneumologia San Paolo

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento aziendale di Area Critica

UNITA' OPERATIVA

UOC Anestesia e Rianimazione Osp. San Paolo

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3 4	Clinical governance	A	% Pazienti con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario in pazienti > 65 anni	> 75%	
4 4 2	Donazione Organi e/o Tessuti	B	N. donazioni/N. accertamenti morte cerebrale	2020 > 2019	Dati forniti dalla Commissione Trapianti ASL BA
5 3 4	Efficienza organizzativa	A	Attivazione e utilizzo di software aziendale di gestione dell'attività di Sala operatoria (GISO)	Report riepilogativo annuale di ore effettive di attività prodotto dall'U.O. utilizzando il software di gestione	Da allegare alla Relazione finale
6 4	Clinical governance	M	Elaborazione di una procedura per la gestione del paziente "ipossiemico" sospetto/accertato COVID-19	Invio con mail della Procedura elaborata secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Condiviso tra le UU.OO. Di Anestesia e Rianimazione. Coordinato dall'U.O. Anestesia e Rianimazione P.O. della MurgiaAllegare mail di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale
7 3	Clinical governance	M	Elaborazione di protocollo operativo per la gestione in sala operatoria del paziente sospetto COVID-19 candidato a procedura chirurgica in emergenza/urgenza	Invio con mail alla Direzione Sanitaria Aziendale e alla Direzione Medica del Presidio Ospedaliero	Allegare mail di invio alla Direzione Sanitaria Aziendale e alla Direzione Medica del Presidio Ospedaliero alla Relazione finale
8 4 3	Formazione	M	Organizzazione di evento formativo rivolto al personale dell'U.O. sul corretto uso dei dispositivi di protezione individuale nella prevenzione dell'esposizione al Coronavirus	Almeno un evento formativo	Nella Relazione di fine anno indicare data e partecipanti

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento aziendale di Area Critica

UNITA' OPERATIVA

UOSVD Medicina e Chirurgia Accett. e Urgenza Osp. Molfetta

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 4	Clinical governance	M	% Abbandoni da P.S.	< 5.5%	
2 # 3 4	Clinical governance	A	% Ricoveri da P.S. in Reparti chirurgici con DRG Chirurgico alla dimissione	> 65%	Escluso i ricoveri nelle UU.OO. di Ginecologia ed Ostetricia
3 # 3 4	Clinical governance	A	% ricoveri in regime di urgenza nelle UU.OO. di Area Medica attribuiti a DRG ad alto rischio di inapproprietezza	2020 ≤ 2019	
4 # 4	Clinical governance	M	% Accessi seguiti da ricovero	2020 < 2019	Fonte EDOTTO - Il calcolo è al netto degli accessi tramite Sistema 118
5 # 4	Clinical governance	A	% codici Gialli presi in carico entro 30 minuti	≥ 80%	Fonte EDOTTO
7 3	Clinical governance	A	Procedura per la gestione intraospedaliera del paziente con sospetto ictus cerebrale	Invio con mail della Procedura elaborata secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Obiettivo in comune tra UU.OO. di Radiodiagnostica, P.S., Neurochirurgia e Neurologia. Coordinato da U.O. Neurologia P.O. Di Venere. Allegare mail di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale
8 3	Clinical governance	M	Procedura per la definizione dei criteri di appropriatezza prescrittiva di indagini diagnostiche per immagini (TC cranio) nei soggetti con cefalea	Invio con mail della Procedura elaborata secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Obiettivo in comune tra UU.OO. di Radiodiagnostica, Neurologia e P.S. Coordinato da U.O. Radiodiagnostica San Paolo. Allegare mail di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO Dipartimento aziendale di Area Critica
 UNITA' OPERATIVA **UOC Anestesia Osp. Molfetta**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3 4	Clinical governance	A	% Pazienti con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario in pazienti > 65 anni	> 75%	
6 3 4	Efficienza organizzativa	A	Attivazione e utilizzo di software aziendale di gestione dell'attività di Sala operatoria (GISO)	Report riepilogativo annuale di ore effettive di attività prodotto dall'U.O. utilizzando il software di gestione	Da allegare alla Relazione finale
7 3	Clinical governance	M	Elaborazione di protocollo operativo per la gestione in sala operatoria del paziente sospetto COVID-19 candidato a procedura chirurgica in emergenza/urgenza	Invio con mail alla Direzione Sanitaria Aziendale e alla Direzione Medica del Presidio Ospedaliero	Allegare mail di invio alla Direzione Sanitaria Aziendale e alla Direzione Medica del Presidio Ospedaliero alla Relazione finale
7 4	Clinical governance	M	Elaborazione di una procedura per la gestione del paziente "ipossiemico" sospetto/accertato COVID-19	Invio con mail della Procedura elaborata secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Condiviso tra le UU.OO. Di Anestesia e Rianimazione. Coordinato dall'U.O. Anestesia e Rianimazione P.O. della Murgia. Allegare mail di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale
9 4 3	Formazione	M	Organizzazione di evento formativo rivolto al personale dell'U.O. sul corretto uso dei dispositivi di protezione individuale nella prevenzione dell'esposizione al Coronavirus	Almeno un evento formativo	Nella Relazione di fine anno indicare data e partecipanti

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento aziendale di Area Critica

UNITA' OPERATIVA

UOC Medicina e Chirurgia Accett. e Urgenza Osp. Corato

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 4	Clinical governance	M	% Abbandoni da P.S.	< 4.5%	
2 # 3 4	Clinical governance	A	% Ricoveri da P.S. in Reparti chirurgici con DRG Chirurgico alla dimissione	> 65%	Escluso i ricoveri nelle UU.OO. di Ginecologia ed Ostetricia
3 # 3 4	Clinical governance	A	% ricoveri in regime di urgenza nelle UU.OO. di Area Medica attribuiti a DRG ad alto rischio di inapproprietezza	2020 ≤ 2019	
4 # 4	Clinical governance	M	% Accessi seguiti da ricovero	2020 < 2019	Fonte EDOTTO - Il calcolo è al netto degli accessi tramite Sistema 118
5 # 4	Clinical governance	A	% codici Gialli presi in carico entro 30 minuti	≥ 80%	Fonte EDOTTO
7 3	Clinical governance	A	Procedura per la gestione intraospedaliera del paziente con sospetto ictus cerebrale	Invio con mail della Procedura elaborata secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Obiettivo in comune tra UU.OO. di Radiodiagnostica, P.S., Neurochirurgia e Neurologia. Coordinato da U.O. Neurologia P.O. Di Venere. Allegare mail di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale
8 3	Clinical governance	M	Procedura per la definizione dei criteri di appropriatezza prescrittiva di indagini diagnostiche per immagini (TC cranio) nei soggetti con cefalea	Invio con mail della Procedura elaborata secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Obiettivo in comune tra UU.OO. di Radiodiagnostica, Neurologia e P.S. Coordinato da U.O. Radiodiagnostica San Paolo. Allegare mail di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO Dipartimento aziendale di Area Critica
 UNITA' OPERATIVA UOC Anestesia Osp. Corato - Terlizzi

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3 4	Clinical governance	A	% Pazienti con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario in pazienti > 65 anni	> 75%	
5 3 4	Efficienza organizzativa	A	Attivazione e utilizzo di software aziendale di gestione dell'attività di Sala operatoria (GISO)	Report riepilogativo annuale di ore effettive di attività prodotto dall'U.O. utilizzando il software di gestione	Da allegare alla Relazione finale
6 4	Clinical governance	M	Elaborazione di una procedura per la gestione del paziente "ipossiemico" sospetto/accertato COVID-19	Invio con mail della Procedura elaborata secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Condiviso tra le UU.OO. Di Anestesia e Rianimazione. Coordinato dall'U.O. Anestesia e Rianimazione P.O. della MurgiaAllegare mail di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale
7 4	Clinical governance	M	Elaborazione di protocollo operativo per la gestione in sala operatoria del paziente sospetto COVID-19 candidato a procedura chirurgica in emergenza/urgenza	Invio con mail alla Direzione Sanitaria Aziendale e alla Direzione Medica del Presidio Ospedaliero	Allegare mail di invio alla Direzione Sanitaria Aziendale e alla Direzione Medica del Presidio Ospedaliero alla Relazione finale
8 4 3	Formazione	M	Organizzazione di evento formativo rivolto al personale dell'U.O. sul corretto uso dei dispositivi di protezione individuale nella prevenzione dell'esposizione al Coronavirus	Almeno un evento formativo	Nella Relazione di fine anno indicare data e partecipanti

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019
 Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento aziendale di Area Critica

UNITA' OPERATIVA

UOC Medicina e Chirurgia Accett. e Urgenza Osp. Di Venere

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 4	Clinical governance	M	% Abbandoni da P.S.	< 5.5%	
2 # 3 4	Clinical governance	A	% Ricoveri da P.S. in Reparti chirurgici con DRG Chirurgico alla dimissione	> 65%	Escluso i ricoveri nelle UU.OO. di Ginecologia ed Ostetricia
3 # 3 4	Clinical governance	A	% ricoveri in regime di urgenza nelle UU.OO. di Area Medica attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza	2020 ≤ 2019	
4 # 4	Clinical governance	M	% Accessi seguiti da ricovero	2020 < 2019	Fonte EDOTTO - Il calcolo è al netto degli accessi tramite Sistema 118
5 # 4	Clinical governance	A	% codici Gialli presi in carico entro 30 minuti	> 70%	Fonte EDOTTO
7 3	Clinical governance	A	Procedura per la gestione intraospedaliera del paziente con sospetto ictus cerebrale	Invio con mail della Procedura elaborata secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Obiettivo in comune tra UU.OO. di Radiodiagnostica, P.S., Neurochirurgia e Neurologia. Coordinato da U.O. Neurologia P.O. Di Venere. Allegare mail di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale
8 3	Clinical governance	M	Procedura per la definizione dei criteri di appropriatezza prescrittiva di indagini diagnostiche per immagini (TC cranio) nei soggetti con cefalea	Invio con mail della Procedura elaborata secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Obiettivo in comune tra UU.OO. di Radiodiagnostica, Neurologia e P.S. Coordinato da U.O. Radiodiagnostica San Paolo. Allegare mail di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento aziendale di Area Critica

UNITA' OPERATIVA

UOC Chirurgia Vascolare Osp. Di Venere

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Indice Chirurgico	> 85%	Al netto dei Ricoveri da P.S.
2 # 3	Clinical governance	M	Degenza Media Pre Operatoria	≤ 1.5 gg.	Su ricoveri programmati
3 # 3	Clinical governance	M	Rapporto tra ricoveri con DRG a rischio di inappropriatezza e ricoveri con DRG non a rischio inappropriatezza in regime ordinario	≤ 0,21	0,21 = intervallo di adeguatezza Comitato LEA
4 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
6 # 1	Sanità digitale	A	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
7 # 1	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	>250	
9 3	Efficienza organizzativa	A	Utilizzo di software aziendale di gestione dell'attività di Sala operatoria (GISO)	Report riepilogativo annuale di attività prodotto dall'U.O. utilizzando il software di gestione	Da allegare alla Relazione finale

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento aziendale di Area Critica

UNITA' OPERATIVA

UOC Neurochirurgia Osp. Di Venere

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	A	Indice Chirurgico	> 85%	Al netto dei Ricoveri da P.S.
2 # 3	Clinical governance	M	Degenza Media Pre Operatoria	≤ 1.5 gg.	Su ricoveri programmati
3 # 3 4	Clinical governance	M	Rapporto tra ricoveri con DRG a rischio di inappropriatezza e ricoveri con DRG non a rischio inappropriatezza in regime ordinario	≤ 0,21	0,21 = intervallo di adeguatezza Comitato LEA
4 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
6 # 1 2	Sanità digitale	A	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
7 # 1 2	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	>250	
8 3	Clinical governance	M	Procedura per la definizione dei criteri di appropriatezza prescrittiva di indagini diagnostiche per immagini (TC cranio) nei soggetti con cefalea	Invio con mail della Procedura elaborata secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Obiettivo in comune tra UU.OO. di Radiodiagnostica, Neurologia e P.S. Coordinato da U.O. Radiodiagnostica San Paolo. Allegare mail di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale
9 3 4	Efficienza organizzativa	A	Utilizzo di software aziendale di gestione dell'attività di Sala operatoria (GISO)	Report riepilogativo annuale di attività prodotto dall'U.O. utilizzando il software di gestione	Da allegare alla Relazione finale

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento aziendale di Area Critica

UNITA' OPERATIVA

UOC Neurologia-Stroke Unit Osp. Di Venere

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Degenza Media	≤ 8 gg.	
2 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
5 # 1 2	Sanità digitale	A	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
6 # 1 2	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	>250	
7 3	Clinical governance	A	Procedura per la gestione intraospedaliera del paziente con sospetto ictus cerebrale	Invio con mail della Procedura elaborata secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Obiettivo in comune tra UU.OO. di Radiodiagnostica, P.S., Neurochirurgia e Neurologia. Coordinato da U.O. Neurologia P.O. Di Venere. Allegare mail di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale
8 3	Clinical governance	M	Procedura per la definizione dei criteri di appropriatezza prescrittiva di indagini diagnostiche per immagini (TC cranio) nei soggetti con cefalea	Invio con mail della Procedura elaborata secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Obiettivo in comune tra UU.OO. di Radiodiagnostica, Neurologia e P.S. Coordinato da U.O. Radiodiagnostica San Paolo. Allegare mail di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento aziendale di Area Critica

UNITA' OPERATIVA

UOC Ortopedia e Traumatologia Osp. Di Venere

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Indice Chirurgico	> 85%	Al netto dei Ricoveri da P.S.
2 # 3	Clinical governance	M	Degenza Media Pre Operatoria	≤ 1.5 gg.	Su ricoveri programmati
3 # 3	Clinical governance	M	Rapporto tra ricoveri con DRG a rischio di inappropriatezza e ricoveri con DRG non a rischio inappropriatezza in regime ordinario	≤ 0,21	0,21 = intervallo di adeguatezza Comitato LEA
4 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
5 # 3	Clinical governance	A	% Pazienti con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario in pazienti > 65 anni	> 85%	
7 # 1	Sanità digitale	A	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
8 # 3	Efficienza organizzativa	A	Utilizzo di software aziendale di gestione dell'attività di Sala operatoria (GISO)	Report riepilogativo annuale di attività prodotto dall'U.O. utilizzando il software di gestione	Da allegare alla Relazione finale
9 # 1	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	> 500	

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento aziendale di Area Critica

UNITA' OPERATIVA
UOC Anestesia e Rianimazione Osp. Di Venere

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3 4	Clinical governance	A	% Pazienti con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario in pazienti > 65 anni	> 85%	
4 4 2	Donazione Organi e/o Tessuti	B	N. donazioni/N. accertamenti morte cerebrale	2020 > 2019	Dati forniti dalla Commissione Trapianti ASL BA
5 3 4	Efficienza organizzativa	A	Attivazione e utilizzo di software aziendale di gestione dell'attività di Sala operatoria (GISO)	Report riepilogativo annuale di ore effettive di attività prodotto dall'U.O. utilizzando il software di gestione	Da allegare alla Relazione finale
6 4	Clinical governance	M	Elaborazione di una procedura per la gestione del paziente "ipossiemico" sospetto/accertato COVID-19	Invio con mail della Procedura elaborata secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Condiviso tra le UU.OO. Di Anestesia e Rianimazione. Coordinato dall'U.O. Anestesia e Rianimazione P.O. della Murgia. Allegare mail di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale
7 4	Clinical governance	M	Elaborazione di protocollo operativo per la gestione in sala operatoria del paziente sospetto COVID-19 candidato a procedura chirurgica in emergenza/urgenza	Invio con mail alla Direzione Sanitaria Aziendale e alla Direzione Medica del Presidio Ospedaliero	Allegare mail di invio alla Direzione Sanitaria Aziendale e alla Direzione Medica del Presidio Ospedaliero alla Relazione finale
8 4 3	Formazione	M	Organizzazione di evento formativo rivolto al personale dell'U.O. sul corretto uso dei dispositivi di protezione individuale nella prevenzione dell'esposizione al Coronavirus	Almeno un evento formativo	Nella Relazione di fine anno indicare data e partecipanti

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento aziendale di Area Critica

UNITA' OPERATIVA

UOC Medicina e Chirurgia Accett. e Urgenza Osp. della Murgia

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 4	Clinical governance	M	% Abbandoni da P.S.	< 5.5%	
2 # 3 4	Clinical governance	A	% Ricoveri da P.S. in Reparti chirurgici con DRG Chirurgico alla dimissione	> 65%	Escluso i ricoveri nelle UU.OO. di Ginecologia ed Ostetricia
3 # 3 4	Clinical governance	A	% ricoveri in regime di urgenza nelle UU.OO. di Area Medica attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriata	2020 ≤ 2019	
4 # 4	Clinical governance	M	% Accessi seguiti da ricovero	2020 < 2019	Fonte EDOTTO - Il calcolo è al netto degli accessi tramite Sistema 118
5 # 4	Clinical governance	A	% codici Gialli presi in carico entro 30 minuti	> 70%	Fonte EDOTTO
7 3	Clinical governance	A	Procedura per la gestione intraospedaliera del paziente con sospetto ictus cerebrale	Invio con mail della Procedura elaborata secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Obiettivo in comune tra UU.OO. di Radiodiagnostica, P.S., Neurochirurgia e Neurologia. Coordinato da U.O. Neurologia P.O. Di Venere. Allegare mail di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale
8 3	Clinical governance	M	Procedura per la definizione dei criteri di appropriatezza prescrittiva di indagini diagnostiche per immagini (TC cranio) nei soggetti con cefalea	Invio con mail della Procedura elaborata secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Obiettivo in comune tra UU.OO. di Radiodiagnostica, Neurologia e P.S. Coordinato da U.O. Radiodiagnostica San Paolo. Allegare mail di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale
9 3	Clinical governance	M	Procedura per la gestione del paziente con emorragia digestiva in emergenza-urgenza	Invio con mail della Procedura elaborata secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Condiviso con PS, Medicina Interna, Chirurgia, Rianimazione e DMPO dell'Ospedale della Murgia Coordinato da U.O. di Endoscopia Digestiva. Allegare mail di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento aziendale di Area Critica

UNITA' OPERATIVA

UOC Anestesia e Rianimazione Osp. della Murgia

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 4	Clinical governance	A	% Pazienti con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario in pazienti > 65 anni	> 75%	
4 2	Donazione Organi e/o Tessuti	B	N. donazioni/N. accertamenti morte cerebrale	2020 > 2019	Dati forniti dalla Commissione Trapianti ASL BA
5 4	Efficienza organizzativa	A	Attivazione e utilizzo di software aziendale di gestione dell'attività di Sala operatoria (GISO)	Report riepilogativo annuale di ore effettive di attività prodotto dall'U.O. utilizzando il software di gestione	Da allegare alla Relazione finale
6 3	Clinical governance	M	Procedura per la gestione del paziente con emorragia digestiva in emergenza-urgenza	Invio con mail della Procedura elaborata secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Condiviso con PS, Medicina Interna, Chirurgia, Rianimazione e DMPO dell'Ospedale della Murgia Coordinato da U.O. di Endoscopia Digestiva. Allegare mail di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale
7 4	Clinical governance	M	Elaborazione di una procedura per la gestione del paziente "ipossiemico" sospetto/acertato COVID-19	Invio con mail della Procedura elaborata secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Condiviso tra le UU.OO. Di Anestesia e Rianimazione. Coordinato dall'U.O. Anestesia e Rianimazione P.O. della Murgia Allegare mail di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale
8 4	Clinical governance	M	Elaborazione di protocollo operativo per la gestione in sala operatoria del paziente sospetto COVID-19 candidato a procedura chirurgica in emergenza/urgenza	Invio con mail alla Direzione Sanitaria Aziendale e alla Direzione Medica del Presidio Ospedaliero	Allegare mail di invio alla Direzione Sanitaria Aziendale e alla Direzione Medica del Presidio Ospedaliero alla Relazione finale
9 3	Formazione	M	Organizzazione di evento formativo rivolto al personale dell'U.O. sul corretto uso dei dispositivi di protezione individuale nella prevenzione dell'esposizione al Coronavirus	Almeno un evento formativo	Nella Relazione di fine anno indicare data e partecipanti

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento aziendale di Area Critica

UNITA' OPERATIVA

UOSVD Medicina e Chirurgia Accett. e Urgenza Osp. Monopoli

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 4	Clinical governance	M	% Abbandoni da P.S.	< 5.5%	
2 # 3 4	Clinical governance	A	% Ricoveri da P.S. in Reparti chirurgici con DRG Chirurgico alla dimissione	> 65%	Escluso i ricoveri nelle UU.OO. di Ginecologia ed Ostetricia
3 # 3 4	Clinical governance	A	% ricoveri in regime di urgenza nelle UU.OO. di Area Medica attribuiti a DRG ad alto rischio di inapproprietezza	2020 ≤ 2019	
4 # 4	Clinical governance	M	% Accessi seguiti da ricovero	2020 < 2019	Fonte EDOTTO - Il calcolo è al netto degli accessi tramite Sistema 118
5 # 4	Clinical governance	A	% codici Gialli presi in carico entro 30 minuti	> 70%	Fonte EDOTTO
7 3	Clinical governance	A	Procedura per la gestione intraospedaliera del paziente con sospetto ictus cerebrale	Invio con mail della Procedura elaborata secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Obiettivo in comune tra UU.OO. di Radiodiagnostica, P.S., Neurochirurgia e Neurologia. Coordinato da U.O. Neurologia P.O. Di Venere. Allegare mail di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale
8 3	Clinical governance	M	Procedura per la definizione dei criteri di appropriatezza prescrittiva di indagini diagnostiche per immagini (TC cranio) nei soggetti con cefalea	Invio con mail della Procedura elaborata secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Obiettivo in comune tra UU.OO. di Radiodiagnostica, Neurologia e P.S. Coordinato da U.O. Radiodiagnostica San Paolo. Allegare mail di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento aziendale di Area Critica

UNITA' OPERATIVA

UOC Anestesia e Rianimazione Osp. Monopoli

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3 4	Clinical governance	A	% Pazienti con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario in pazienti > 65 anni	> 75%	
4 4 2	Donazione Organi e/o Tessuti	B	N. donazioni/N. accertamenti morte cerebrale	2020 > 2019	Dati forniti dalla Commissione Trapianti ASL BA
5 3 4	Efficienza organizzativa	A	Attivazione e utilizzo di software aziendale di gestione dell'attività di Sala operatoria (GISO)	Report riepilogativo annuale di ore effettive di attività prodotto dall'U.O. utilizzando il software di gestione	Da allegare alla Relazione finale
6 4	Clinical governance	M	Elaborazione di una procedura per la gestione del paziente "ipossiemico" sospetto/accertato COVID-19	Invio con mail della Procedura elaborata secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Condiviso tra le UU.OO. Di Anestesia e Rianimazione. Coordinato dall'U.O. Anestesia e Rianimazione P.O. della MurgiaAllegare mail di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale
7 4	Clinical governance	M	Elaborazione di protocollo operativo per la gestione in sala operatoria del paziente sospetto COVID-19 candidato a procedura chirurgica in emergenza/urgenza	Invio con mail alla Direzione Sanitaria Aziendale e alla Direzione Medica del Presidio Ospedaliero	Allegare mail di invio alla Direzione Sanitaria Aziendale e alla Direzione Medica del Presidio Ospedaliero alla Relazione finale
8 4 3	Formazione	M	Organizzazione di evento formativo rivolto al personale dell'U.O. sul corretto uso dei dispositivi di protezione individuale nella prevenzione dell'esposizione al Coronavirus	Almeno un evento formativo	Nella Relazione di fine anno indicare data e partecipanti

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento aziendale di Area Critica

UNITA' OPERATIVA

UOSVD Medicina e Chirurgia Accett. e Urgenza Osp. Putignano

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 4	Clinical governance	M	% Abbandoni da P.S.	< 4.5%	
2 # 3 4	Clinical governance	A	% Ricoveri da P.S. in Reparti chirurgici con DRG Chirurgico alla dimissione	> 65%	Escluso i ricoveri nelle UU.OO. di Ginecologia ed Ostetricia
3 # 3 4	Clinical governance	A	% ricoveri in regime di urgenza nelle UU.OO. di Area Medica attribuiti a DRG ad alto rischio di inapproprietezza	2020 ≤ 2019	
4 # 4	Clinical governance	M	% Accessi seguiti da ricovero	2020 < 2019	Fonte EDOTTO - Il calcolo è al netto degli accessi tramite Sistema 118
5 # 4	Clinical governance	A	% codici Gialli presi in carico entro 30 minuti	≥ 80%	Fonte EDOTTO
7 3	Clinical governance	A	Procedura per la gestione intraospedaliera del paziente con sospetto ictus cerebrale	Invio con mail della Procedura elaborata secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Obiettivo in comune tra UU.OO. di Radiodiagnostica, P.S., Neurochirurgia e Neurologia. Coordinato da U.O. Neurologia P.O. Di Venere. Allegare mail di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale
8 3	Clinical governance	M	Procedura per la definizione dei criteri di appropriatezza prescrittiva di indagini diagnostiche per immagini (TC cranio) nei soggetti con cefalea	Invio con mail della Procedura elaborata secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Obiettivo in comune tra UU.OO. di Radiodiagnostica, Neurologia e P.S. Coordinato da U.O. Radiodiagnostica San Paolo. Allegare mail di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO Dipartimento aziendale di Area Critica
 UNITA' OPERATIVA **UOC Anestesia Osp. Putignano**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3 4	Clinical governance	A	% Pazienti con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario in pazienti > 65 anni	> 75%	
5 3 4	Efficienza organizzativa	A	Attivazione e utilizzo di software aziendale di gestione dell'attività di Sala operatoria (GISO)	Report riepilogativo annuale di ore effettive di attività prodotto dall'U.O. utilizzando il software di gestione	Da allegare alla Relazione finale
6 4	Clinical governance	M	Elaborazione di una procedura per la gestione del paziente "ipossiemico" sospetto/accertato COVID-19	Invio con mail della Procedura elaborata secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Condiviso tra le UU.OO. Di Anestesia e Rianimazione. Coordinato dall'U.O. Anestesia e Rianimazione P.O. della MurgiaAllegare mail di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale
7 4	Clinical governance	M	Elaborazione di protocollo operativo per la gestione in sala operatoria del paziente sospetto COVID-19 candidato a procedura chirurgica in emergenza/urgenza	Invio con mail alla Direzione Sanitaria Aziendale e alla Direzione Medica del Presidio Ospedaliero	Allegare mail di invio alla Direzione Sanitaria Aziendale e alla Direzione Medica del Presidio Ospedaliero alla Relazione finale
8 4 3	Formazione	M	Organizzazione di evento formativo rivolto al personale dell'U.O. sul corretto uso dei dispositivi di protezione individuale nella prevenzione dell'esposizione al Coronavirus	Almeno un evento formativo	Nella Relazione di fine anno indicare data e partecipanti

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento aziendale Immuno-Trasfusionale

UNITA' OPERATIVA

UOC S.I.M.T. Osp. San Paolo

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
4 3	Efficienza organizzativa	M	Redazione della procedura operativa della cessione di emocomponenti a Strutture Pubbliche della ASL BA, extra ASL BA e Strutture Private con rappresentazione schematica a matrice delle attività, responsabilità e tempistica di ciascuna fase del processo	Redazione e trasmissione alla Direzione Sanitaria e Amministrativa Aziendali entro 31/01/2020	Obiettivo coordinato dal Direttore del Dipartimento
5 3	Qualità flussi informativi	B	Trasmissione mensile al CdG dei dati relativi alle cessioni nei riguardi di altri Centri Trasfusionali della ASL e di altre Aziende del SSR e SSN	Trasmissione dei dati entro la fine del mese successivo a quello di riferimento	Dovrà essere utilizzato un tracciato record univoco del Dipartimento concordato con il CdG e specifico per le cessioni di emoderivati, riportante le Strutture destinatarie. Certificato dal CdG
6 3	Efficienza organizzativa	A	Istituzione guardia attiva Dirigenza e Comparto	Attivazione guardia attiva con sospensione della Pronta Disponibilità	N. minimo Dirigenti Medici necessari per l'H24: 8 N. minimo di Tecnici necessari per l'H24: 8
7 1 3	Efficienza organizzativa	A	Regolamentazione delle prestazioni aggiuntive per cessione sacche in situazione di carenza di personale	Redazione del Regolamento e trasmissione alla Direzione Strategica e Amministrativa entro il 29/02/2020	
8 3	Clinical governance	M	Applicazione Protocollo PBM	Consumi interni sacche di sangue: consumi 2020 = consumi 2019 -5%	
9 3	Clinical governance	M	Applicazione Protocollo PBM	Consumi interni sacche di plasma: consumi 2020 = consumi 2019 -5%	

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO Dipartimento aziendale Immuno-Trasfusionale

UNITA' OPERATIVA UOSVD Sezione Trasfusionale Osp. Molfetta

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
4 3	Efficienza organizzativa	M	Redazione della procedura operativa della cessione di emocomponenti a Strutture Pubbliche della ASL BA, extra ASL BA e Strutture Private con rappresentazione schematica a matrice delle attività, responsabilità e tempistica di ciascuna fase del processo	Redazione e trasmissione alla Direzione Sanitaria e Amministrativa Aziendali entro 31/01/2020	Obiettivo coordinato dal Direttore del Dipartimento
5 3	Qualità flussi informativi	B	Trasmissione mensile al CdG dei dati relativi alle cessioni nei riguardi di altri Centri Trasfusionali della ASL e di altre Aziende del SSR e SSN	Trasmissione dei dati entro la fine del mese successivo a quello di riferimento	Dovrà essere utilizzato un tracciato record univoco del Dipartimento concordato con il CdG e specifico per le cessioni di emoderivati, riportante le Strutture destinatarie. Certificato dal CdG
6 3	Efficienza organizzativa	A	Regolamentazione delle prestazioni aggiuntive per cessione sacche in situazione di carenza di personale	Redazione del Regolamento e trasmissione alla Direzione Strategica e Amministrativa entro il 29/02/2020	
7 3	Clinical governance	M	Applicazione Protocollo PBM	Consumi interni sacche di sangue: consumi 2020 = consumi 2019 -5%	
8 3	Clinical governance	M	Applicazione Protocollo PBM	Consumi interni sacche di plasma consumi 2020 = consumi 2019 -5%	

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento aziendale Immuno-Trasfusionale

UNITA' OPERATIVA

UOC S.I.M.T. Osp. Di Venere

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
4 3	Efficienza organizzativa	M	Redazione della procedura operativa della cessione di emocomponenti a Strutture Pubbliche della ASL BA, extra ASL BA e Strutture Private con rappresentazione schematica a matrice delle attività, responsabilità e tempistica di ciascuna fase del processo	Redazione e trasmissione alla Direzione Sanitaria e Amministrativa Aziendali entro 31/01/2020	Obiettivo coordinato dal Direttore del Dipartimento
5 3	Qualità flussi informativi	B	Trasmissione mensile al CdG dei dati relativi alle cessioni nei riguardi di altri Centri Trasfusionali della ASL e di altre Aziende del SSR e SSN	Trasmissione dei dati entro la fine del mese successivo a quello di riferimento	Dovrà essere utilizzato un tracciato record univoco del Dipartimento concordato con il CdG e specifico per le cessioni di emoderivati, riportante le Strutture destinatarie. Certificato dal CdG
6 3	Efficienza organizzativa	A	Istituzione guardia attiva Comparto	Attivazione guardia attiva con sospensione della Pronta Disponibilità	N. minimo Dirigenti Medici necessari per l'H24: 8 N. minimo di Tecnici necessari per l'H24: 8
7 1 3	Efficienza organizzativa	A	Regolamentazione delle prestazioni aggiuntive per cessione sacche in situazione di carenza di personale	Redazione del Regolamento e trasmissione alla Direzione Strategica e Amministrativa entro il 29/02/2020	
8 3	Clinical governance	M	Applicazione Protocollo PBM	Consumi interni sacche di sangue: consumi 2020 = consumi 2019 -5%	
9 3	Clinical governance	M	Applicazione Protocollo PBM	Consumi interni sacche di plasma: consumi 2020 = consumi 2019 -5%	

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento aziendale Immuno-Trasfusionale

UNITA' OPERATIVA
UOSVD Sezione Trasfusionale Osp. Monopoli (con Artic. Org. Putignano)

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
4 3	Efficienza organizzativa	M	Redazione della procedura operativa della cessione di emocomponenti a Strutture Pubbliche della ASL BA, extra ASL BA e Strutture Private con rappresentazione schematica a matrice delle attività, responsabilità e tempistica di ciascuna fase del processo	Redazione e trasmissione alla Direzione Sanitaria e Amministrativa Aziendali entro 31/01/2020	Obiettivo coordinato dal Direttore del Dipartimento
5 3	Qualità flussi informativi	B	Trasmissione mensile al CdG dei dati relativi alle cessioni nei riguardi di altri Centri Trasfusionali della ASL e di altre Aziende del SSR e SSN	Trasmissione dei dati entro la fine del mese successivo a quello di riferimento	Dovrà essere utilizzato un tracciato record univoco del Dipartimento concordato con il CdG e specifico per le cessioni di emoderivati, riportante le Strutture destinatarie. Certificato dal CdG
6 3	Efficienza organizzativa	A	Regolamentazione delle prestazioni aggiuntive per cessione sacche in situazione di carenza di personale	Redazione del Regolamento e trasmissione alla Direzione Strategica e Amministrativa entro il 29/02/2020	
7 3	Clinical governance	M	Applicazione Protocollo PBM	Consumi interni sacche di sangue: consumi 2020 = consumi 2019 -5%	
8 3	Clinical governance	M	Applicazione Protocollo PBM	Consumi interni sacche di plasma: consumi 2020 = consumi 2019 -5%	

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019
Rimodulata nel Settembre 2020
DIRETTORE DIPARTIMENTO
DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento aziendale Immuno-Trasfusionale

UNITA' OPERATIVA
UOSVD Sezione Trasfusionale Osp. della Murgia

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
4 3	Efficienza organizzativa	M	Redazione della procedura operativa della cessione di emocomponenti a Strutture Pubbliche della ASL BA, extra ASL BA e Strutture Private con rappresentazione schematica a matrice delle attività, responsabilità e tempistica di ciascuna fase del processo	Redazione e trasmissione alla Direzione Sanitaria e Amministrativa Aziendali entro 31/01/2020	Obiettivo coordinato dal Direttore del Dipartimento
5 3	Qualità flussi informativi	B	Trasmissione mensile al CdG dei dati relativi alle cessioni nei riguardi di altri Centri Trasfusionali della ASL e di altre Aziende del SSR e SSN	Trasmissione dei dati entro la fine del mese successivo a quello di riferimento	Dovrà essere utilizzato un tracciato record univoco del Dipartimento concordato con il CdG e specifico per le cessioni di emoderivati, riportante le Strutture destinatarie. Certificato dal CdG
6 3	Efficienza organizzativa	A	Regolamentazione delle prestazioni aggiuntive per cessione sacche in situazione di carenza di personale	Redazione del Regolamento e trasmissione alla Direzione Strategica e Amministrativa entro il 29/02/2020	
7 3	Clinical governance	M	Applicazione Protocollo PBM	Consumi interni sacche di sangue: consumi 2020 = consumi 2019 -5%	
8 3	Clinical governance	M	Applicazione Protocollo PBM	Consumi interni sacche di plasma consumi 2020 = consumi 2019 -5%	

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019
Rimodulata nel Settembre 2020
DIRETTORE DIPARTIMENTO
DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento aziendale di Cardiologia

UNITA' OPERATIVA

UOC Cardiologia e UTIC Osp. San Paolo

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Degenza Media	≤ 7 gg.	
2 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
4 # 1 2	Sanità digitale	A	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
5 # 1 2	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	>250	
6 # 3	Clinical governance	M	% IMA non provenienti da altre Strutture trattati con PTCA entro 2 gg	≥ 60%	Indicatore PNE

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera équipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera équipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento aziendale di Cardiologia

UNITA' OPERATIVA

UOSVD Cardiologia Osp. Molfetta

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Degenza Media	≤ 7 gg.	
2 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
4 # 1 2	Sanità digitale	A	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
5 # 1 2	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	>250	

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera équipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera équipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento aziendale di Cardiologia

UNITA' OPERATIVA

UOSVD Cardiologia Osp. Corato

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Degenza Media	≤ 7 gg.	
2 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
4 # 1 2	Sanità digitale	A	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
5 # 1 2	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	>250	

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera équipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera équipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento aziendale di Cardiologia

UNITA' OPERATIVA

UOSVD Cardiologia Riabilitativa Osp. Terlizzi

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
2 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
4 # 1 2	Sanità digitale	A	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
5 # 1 2	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	>250	

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento aziendale di Cardiologia

UNITA' OPERATIVA

UOC Cardiologia e UTIC Osp. Di Venere

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Degenza Media	≤ 7 gg.	
2 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
4 # 1 2	Sanità digitale	A	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
5 # 1 2	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	>250	
6 # 3	Clinical governance	M	% IMA non provenienti da altre Strutture trattati con PTCA entro 2 gg	≥ 60%	Indicatore PNE

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento aziendale di Cardiologia

UNITA' OPERATIVA

UOC Cardiologia e UTIC Osp. della Murgia

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Degenza Media	≤ 7 gg.	
2 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
4 # 1 2	Sanità digitale	A	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
5 # 1 2	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	>250	

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento aziendale di Cardiologia

UNITA' OPERATIVA

UOC Cardiologia Osp. Monopoli

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Degenza Media	≤ 7 gg.	
2 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
4 # 1 2	Sanità digitale	A	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
5 # 1 2	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	>250	

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera équipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera équipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento aziendale di Cardiologia

UNITA' OPERATIVA

UOC Cardiologia Osp. Putignano

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Degenza Media	≤ 7 gg.	
2 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
4 # 1 2	Sanità digitale	A	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
5 # 1 2	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	>250	

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera équipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera équipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO Dipartimento aziendale Gestione del Farmaco

UNITA' OPERATIVA UOC Farmacia Territoriale

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture rispetto all'alimentazione software WCP con % liste abbinate/determine/protocollo >= 80%	Giorni liquidazione fattura ≤ 40 dalla registrazione	Obiettivo rimodulabile in corso d'anno sulla base degli esiti previsti dalla Legge N.145/2018 e D.G.R. N. 1487/2019 Certificato dall'AGRF
2	3	Qualità flussi informativi	M	Corretta e tempestiva trasmissione dei dati relativi ai flussi informativi interni ed esterni (vedi nota)	Trasmissione flussi agli Uffici competenti nei tempi previsti	Esempio di Flussi interni: flusso interno di cui alla nota Prot. 39157/2016 del Direttore Amministrativo (compreso Gestione PHT), flussi relativi alla Normativa della Prevenzione Corruzione e Trasparenza Esempio di Flussi esterni: Edotto, AIFA
3	3 1	Misure per la razionalizzazione degli acquisti di beni sanitari	B	Inventario entro il mese di Settembre e di Dicembre secondo le indicazioni del Direttore del Dipartimento	Elaborazione di N. 2 Report (Settembre e Dicembre)	Report da analizzare durante le riunioni del Dipartimento con Relazione da parte del Direttore del Dipartimento da allegare alla Relazione finale
4	1 4	Appropriatezza prescrittiva	B	Report trimestrale sui casi di inappropriatezza prescrittiva dei MMG riscontrati e comunicati alla Direzione Generale e ai Direttori di Distretto	Almeno N. 2 Report	
5	1 3	Misure per il contenimento della spesa farmaceutica	M	Monitoraggio, Analisi e Controllo per DSS dei costi per beni sanitari (farmaci e dispositivi) e dei costi della farmaceutica convenzionata per ATC con scostamento rispetto all'esercizio precedente	Almeno N. 2 Report trimestrali ai Direttori DSS + 1 Relazione annuale sulle azioni intraprese da allegare alla Relazione finale	La Relazione annuale è a cura del Direttore della U.O.C.
6	1	Controllo della spesa	A	Monitoraggio e controllo dell'appropriatezza delle prescrizioni effettuate da medici prescrittori aziendali per l'incremento dell'utilizzo di farmaci biosimilari nel rispetto delle delibere e delle circolari regionali	Report annuale dei controlli periodici e verbali degli incontri svolti con i medici prescrittori aziendali responsabili di comportamenti anomali	es.: DD.G.R.n.699/2017, n.983/2018, n.1188/2019 In collaborazione con le UU.OO. Farmacie Ospedaliere
7	3	Efficienza organizzativa	A	Progetto di riorganizzazione della rete distributiva con riduzione del numero delle Farmacie, nell'ambito dell'integrazione Ospedale-Territorio, in collaborazione con l'AGT	Presentazione del Progetto alla Direzione Strategica entro il 31/12/2020	
8	3	Efficienza organizzativa	A	Procedura per la corretta gestione dei campioni biologici (esecuzione prelievo e raccolta del campione) e trasporto dai Centri Prelievo ai Laboratori di riferimento (Hub e Spoke)	Invio con mail della procedura all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità entro il 31/12/2020	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Patologia Clinica, Direzioni DSS e Farmacia Territoriale. Coordinato dall'U.O. Patologia Clinica P.O. della Murgia
9	3	Efficienza organizzativa	A	Razionalizzazione numero degli ordini del Dipartimento	N. ordini 2020 = N. ordini 2019 - 5%	Il target si riferisce al valore complessivo del Dipartimento

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO Dipartimento aziendale Gestione del Farmaco

UNITA' OPERATIVA UOC Farmacia Ospedaliera Osp. San Paolo, UOS Farmacia Ospedaliera Osp. Molfetta e UOS Farmacia Ospedaliera Osp. Corato-Terlizzi

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Trasmissione bolle caricate in Eusis alla Direzione Amministrativa di Presidio nei modi e tempi utili all'alimentazione software WCP	100% bolle al netto delle bolle relative al materiale di dialisi peritoneale domiciliare	Obiettivo certificato dalla Direzione Amministrativa di Presidio
2	3	Qualità flussi informativi	M	Corretta e tempestiva trasmissione dei dati relativi ai flussi informativi interni ed esterni (vedi nota)	Trasmissione flussi agli Uffici competenti nei tempi previsti	Esempio di Flussi interni: flusso interno di cui alla nota Prot. 39157/2016 del Direttore Amministrativo (compreso Gestione PHT), flussi relativi alla Normativa della Prevenzione Corruzione e Trasparenza Esempio di Flussi esterni: Edotto, AIFA
3	3 1	Misure per la razionalizzazione degli acquisti di beni sanitari	B	Inventario entro il mese di Settembre e di Dicembre del deposito farmaceutico della U.O. Farmacia e delle singole UU.OO. del Presidio secondo le indicazioni del Direttore del Dipartimento	Elaborazione di N. 2 Report (Settembre e Dicembre)	Report da analizzare durante le riunioni del Dipartimento con Relazione da parte del Direttore del Dipartimento da allegare alla Relazione finale
4	1	Controllo della spesa	A	Monitoraggio e controllo dell'appropriatezza delle prescrizioni effettuate da medici prescrittori aziendali per l'incremento dell'utilizzo di farmaci biosimilari nel rispetto delle delibere e delle circolari regionali	Report annuale dei controlli periodici e verbali degli incontri svolti con i medici prescrittori aziendali responsabili di comportamenti anomali	es.: DD.G.R.n.699/2017, n.983/2018, n.1188/2019 In collaborazione con la U.O. Farmacia Territoriale
5	4	Efficienza organizzativa	M	Organizzazione di incontri trimestrali con le singole UU.OO. sull'andamento della spesa per beni sanitari	N. 2 Verbali incontri	Incontri da organizzare con le DPO e le Direzioni Amministrative. Da allegare alla Relazione finale
7	3	Efficienza organizzativa	A	Progetto di riorganizzazione della rete distributiva con riduzione del numero delle Farmacie, nell'ambito dell'integrazione Ospedale-Territorio, in collaborazione con l'AGT	Presentazione del Progetto alla Direzione Strategica entro il 31/12/2020	
8	3	Efficienza organizzativa	A	Razionalizzazione numero degli ordini del Dipartimento	N. ordini 2020 = N. ordini 2019 - 5%	Il target si riferisce al valore complessivo del Dipartimento

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO Dipartimento aziendale Gestione del Farmaco

UNITA' OPERATIVA UOC Farmacia Ospedaliera Osp. Di Venere

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Trasmissione bolle caricate in Euis alla Direzione Amministrativa di Presidio nei modi e tempi utili all'alimentazione software WCP	100% bolle al netto delle bolle relative al materiale di dialisi peritoneale domiciliare	Obiettivo certificato dalla Direzione Amministrativa di Presidio
2	3	Qualità flussi informativi	M	Corretta e tempestiva trasmissione dei dati relativi ai flussi informativi interni ed esterni (vedi nota)	Trasmissione flussi agli Uffici competenti nei tempi previsti	Esempio di Flussi interni: flusso interno di cui alla nota Prot. 39157/2016 del Direttore Amministrativo, flussi relativi alla Normativa della Prevenzione Corruzione e Trasparenza Esempio di Flussi esterni: Edotto, AIFA
3	3 1	Misure per la razionalizzazione degli acquisti di beni sanitari	B	Inventario entro il mese di Settembre e di Dicembre del deposito farmaceutico della U.O. Farmacia e delle singole UU.OO. del Presidio secondo le indicazioni del Direttore del Dipartimento	Elaborazione di N. 2 Report (Settembre e Dicembre)	Report da analizzare durante le riunioni del Dipartimento con Relazione da parte del Direttore del Dipartimento da allegare alla Relazione finale
4	1	Controllo della spesa	A	Monitoraggio e controllo dell'appropriatezza delle prescrizioni effettuate da medici prescrittori aziendali per l'incremento dell'utilizzo di farmaci biosimilari nel rispetto delle delibere e delle circolari regionali	Report annuale dei controlli periodici e verbali degli incontri svolti con i medici prescrittori aziendali responsabili di comportamenti anomali	es.: DD.G.R.n.699/2017, n.983/2018, n.1188/2019 In collaborazione con la U.O. Farmacia Territoriale
5	4	Efficienza organizzativa	M	Organizzazione di incontri trimestrali con le singole UU.OO. sull'andamento della spesa per beni sanitari	N. 2 Verbali incontri	Incontri da organizzare con le DPO e le Direzioni Amministrative. Da allegare alla Relazione finale
7	3	Efficienza organizzativa	A	Progetto di riorganizzazione della rete distributiva con riduzione del numero delle Farmacie, nell'ambito dell'integrazione Ospedale-Territorio, in collaborazione con l'AGT	Presentazione del Progetto alla Direzione Strategica entro il 31/12/2020	
8	3	Efficienza organizzativa	A	Razionalizzazione numero degli ordini del Dipartimento	N. ordini 2020 = N. ordini 2019 - 5%	Il target si riferisce al valore complessivo del Dipartimento

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera équipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera équipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO Dipartimento aziendale Gestione del Farmaco
 UNITA' OPERATIVA UOSVD Farmacia Ospedaliera Osp. della Murgia

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Trasmissione bolle caricate in Euis alla Direzione Amministrativa di Presidio nei modi e tempi utili all'alimentazione software WCP	100% bolle al netto delle bolle relative al materiale di dialisi peritoneale domiciliare	Obiettivo certificato dalla Direzione Amministrativa di Presidio
2	3	Qualità flussi informativi	M	Corretta e tempestiva trasmissione dei dati relativi ai flussi informativi interni ed esterni (vedi nota)	Trasmissione flussi agli Uffici competenti nei tempi previsti	Esempio di Flussi interni: flusso interno di cui alla nota Prot. 39157/2016 del Direttore Amministrativo, flussi relativi alla Normativa della Prevenzione Corruzione e Trasparenza Esempio di Flussi esterni: Edotto, AIFA
3	3 1	Misure per la razionalizzazione degli acquisti di beni sanitari	B	Inventario entro il mese di Settembre e di Dicembre del deposito farmaceutico della U.O. Farmacia e delle singole UU.OO. del Presidio secondo le indicazioni del Direttore del Dipartimento	Elaborazione di N. 2 Report (Settembre e Dicembre)	Report da analizzare durante le riunioni del Dipartimento con Relazione da parte del Direttore del Dipartimento da allegare alla Relazione finale
4	1	Controllo della spesa	A	Monitoraggio e controllo dell'appropriatezza delle prescrizioni effettuate da medici prescrittori aziendali per l'incremento dell'utilizzo di farmaci biosimilari nel rispetto delle delibere e delle circolari regionali	Report annuale dei controlli periodici e verbali degli incontri svolti con i medici prescrittori aziendali responsabili di comportamenti anomali	es.: DD.G.R.n.699/2017, n.983/2018, n.1188/2019 In collaborazione con la U.O. Farmacia Territoriale
5	4	Efficienza organizzativa	M	Organizzazione di incontri trimestrali con le singole UU.OO. sull'andamento della spesa per beni sanitari	N. 2 Verbali incontri	Incontri da organizzare con le DPO e le Direzioni Amministrative. Da allegare alla Relazione finale
7	3	Efficienza organizzativa	A	Progetto di riorganizzazione della rete distributiva con riduzione del numero delle Farmacie, nell'ambito dell'integrazione Ospedale-Territorio, in collaborazione con l'AGT	Presentazione del Progetto alla Direzione Strategica entro il 31/12/2020	
8	3	Efficienza organizzativa	A	Razionalizzazione numero degli ordini del Dipartimento	N. ordini 2020 = N. ordini 2019 - 5%	Il target si riferisce al valore complessivo del Dipartimento

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento aziendale Gestione del Farmaco

UNITA' OPERATIVA
UOSVD Farmacia Ospedaliera Osp. Monopoli

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Trasmissione bolle caricate in Euis alla Direzione Amministrativa di Presidio nei modi e tempi utili all'alimentazione software WCP	100% bolle al netto delle bolle relative al materiale di dialisi peritoneale domiciliare	Obiettivo certificato dalla Direzione Amministrativa di Presidio
2	3	Qualità flussi informativi	M	Corretta e tempestiva trasmissione dei dati relativi ai flussi informativi interni ed esterni (vedi nota)	Trasmissione flussi agli Uffici competenti nei tempi previsti	Esempio di Flussi interni: flusso interno di cui alla nota Prot. 39157/2016 del Direttore Amministrativo, flussi relativi alla Normativa della Prevenzione Corruzione e Trasparenza Esempio di Flussi esterni: Edotto, AIFA
3	3 1	Misure per la razionalizzazione degli acquisti di beni sanitari	B	Inventario entro il mese di Settembre e di Dicembre del deposito farmaceutico della U.O. Farmacia e delle singole UU.OO. del Presidio secondo le indicazioni del Direttore del Dipartimento	Elaborazione di N. 2 Report (Settembre e Dicembre)	Report da analizzare durante le riunioni del Dipartimento con Relazione da parte del Direttore del Dipartimento da allegare alla Relazione finale
4	1	Controllo della spesa	A	Monitoraggio e controllo dell'appropriatezza delle prescrizioni effettuate da medici prescrittori aziendali per l'incremento dell'utilizzo di farmaci biosimilari nel rispetto delle delibere e delle circolari regionali	Report annuale dei controlli periodici e verbali degli incontri svolti con i medici prescrittori aziendali responsabili di comportamenti anomali	es.: DD.G.R.n.699/2017, n.983/2018, n.1188/2019 In collaborazione con la U.O. Farmacia Territoriale
5	4	Efficienza organizzativa	M	Organizzazione di incontri trimestrali con le singole UU.OO. sull'andamento della spesa per beni sanitari	N. 2 Verbali incontri	Incontri da organizzare con le DPO e le Direzioni Amministrative. Da allegare alla Relazione finale
7	3	Efficienza organizzativa	A	Progetto di riorganizzazione della rete distributiva con riduzione del numero delle Farmacie, nell'ambito dell'integrazione Ospedale-Territorio, in collaborazione con l'AGT	Presentazione del Progetto alla Direzione Strategica entro il 31/12/2020	
8	3	Efficienza organizzativa	A	Razionalizzazione numero degli ordini del Dipartimento	N. ordini 2020 = N. ordini 2019 - 5%	Il target si riferisce al valore complessivo del Dipartimento

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera équipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera équipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019
Rimodulata nel Settembre 2020
DIRETTORE DIPARTIMENTO
DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO Dipartimento aziendale Gestione del Farmaco
 UNITA' OPERATIVA UOSVD Farmacia Ospedaliera Osp. Putignano

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Trasmissione bolle caricate in Euis alla Direzione Amministrativa di Presidio nei modi e tempi utili all'alimentazione software WCP	100% bolle al netto delle bolle relative al materiale di dialisi peritoneale domiciliare	Obiettivo certificato dalla Direzione Amministrativa di Presidio
2	3	Qualità flussi informativi	M	Corretta e tempestiva trasmissione dei dati relativi ai flussi informativi interni ed esterni (vedi nota)	Trasmissione flussi agli Uffici competenti nei tempi previsti	Esempio di Flussi interni: flusso interno di cui alla nota Prot. 39157/2016 del Direttore Amministrativo, flussi relativi alla Normativa della Prevenzione Corruzione e Trasparenza Esempio di Flussi esterni: Edotto, AIFA
3	3 1	Misure per la razionalizzazione degli acquisti di beni sanitari	B	Inventario entro il mese di Settembre e di Dicembre del deposito farmaceutico della U.O. Farmacia e delle singole UU.OO. del Presidio secondo le indicazioni del Direttore del Dipartimento	Elaborazione di N. 2 Report (Settembre e Dicembre)	Report da analizzare durante le riunioni del Dipartimento con Relazione da parte del Direttore del Dipartimento da allegare alla Relazione finale
4	1	Controllo della spesa	A	Monitoraggio e controllo dell'appropriatezza delle prescrizioni effettuate da medici prescrittori aziendali per l'incremento dell'utilizzo di farmaci biosimilari nel rispetto delle delibere e delle circolari regionali	Report annuale dei controlli periodici e verbali degli incontri svolti con i medici prescrittori aziendali responsabili di comportamenti anomali	es.: DD.G.R.n.699/2017, n.983/2018, n.1188/2019 In collaborazione con la U.O. Farmacia Territoriale
5	4	Efficienza organizzativa	M	Organizzazione di incontri trimestrali con le singole UU.OO. sull'andamento della spesa per beni sanitari	N. 2 Verbali incontri	Incontri da organizzare con le DPO e le Direzioni Amministrative. Da allegare alla Relazione finale
7	3	Efficienza organizzativa	A	Progetto di riorganizzazione della rete distributiva con riduzione del numero delle Farmacie, nell'ambito dell'integrazione Ospedale-Territorio, in collaborazione con l'AGT	Presentazione del Progetto alla Direzione Strategica entro il 31/12/2020	
8	3	Efficienza organizzativa	A	Razionalizzazione numero degli ordini del Dipartimento	N. ordini 2020 = N. ordini 2019 - 5%	Il target si riferisce al valore complessivo del Dipartimento

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera équipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera équipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

UNITA' OPERATIVA

UOC Direzione Amministrativa Osp. San Paolo-Molfetta-Corato-Terlizzi-Murgia

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture rispetto all'alimentazione software WCP con % liste abbinate/determine/protocollo >= 80%	Giorni liquidazione fattura ≤ 40 dalla registrazione	Obiettivo rimodulabile in corso d'anno sulla base degli esiti previsti dalla Legge N.145/2018 e D.G.R. N. 1487/2019 Certificato dall'AGRF
2	3	Qualità flussi informativi	B	Rispetto dello scadenzario dei flussi informativi di cui alla nota Prot. 39157/2016 del Direttore Amministrativo e di quelli relativi alla Normativa della Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Trasmissione flussi agli Uffici competenti nei tempi previsti via mail	Certificato da AGRF ed RPCT
3	3	Monitoraggio attività libero professionale per la verifica del rispetto del vincolo di non superamento dei volumi di attività istituzionale	M	Relazione trimestrale per il raffronto dei dati dei volumi di attività istituzionale / dati dei volumi di attività in ALPI e verifica del rispetto dello svolgimento di quest'ultima nella fascia oraria autorizzata	N.4 Relazioni trimestrali e almeno un controllo annuale del 30% dei medici autorizzati sul rispetto dell'ALPI nella fascia oraria autorizzata	Inviare i Report trimestrali e la Relazione annuale alla DMPO e per conoscenza all'AGRU. Allegare i 4 Report e la Relazione di controllo alla relazione finale da inviare all'STP
4	3	Controllo della spesa	M	Monitoraggio trimestrale delle competenze accessorie per il personale dell'area di Comparto	N. 2 Relazioni semestrali per U.O. da trasmettere alla DMPO e all'AGRU	Da allegare alla Relazione finale
5	3	Efficienza organizzativa	M	Organizzazione di incontri trimestrali con le singole UU.OO. sull'andamento della spesa per beni sanitari	N. 2 Verbali incontri	Incontri da organizzare con la U.O. Farmacia e la Direzione Medica. Da allegare alla Relazione finale
6	3	Efficienza organizzativa	A	Attivazione di emissione ordine informatico per i servizi esternalizzati di Lavanderia, Mensa e Vigilanza e conseguenti carichi e scarichi in procedura Magazzino e liquidazione fattura con lista	Fatture agganciate ad Ordine > 90%	Certificato dall'U.O. Controllo di Gestione (n. fatture collegate ad ordini e n. ordini non collegati a fatture)
7	3	Efficienza organizzativa	M	Rinnovo Convenzioni per attività di Medicina Trasfusionale secondo lo schema tipo di cui alla DGR 932 del 5/6/2018	Trasmissione delle bozze delle Convenzioni alla Direzione Amministrativa entro il 31/01/2020	
8	1	Efficienza organizzativa	M	Procedure di Gara sotto soglia per fabbisogno di fornitura di beni/servizi per fabbisogno ospedaliero ASL aggregato	Atto di indizione di aumento 4 procedure di gara per ciascuna UOC Direz. Amm.va Osped.	
9	1	Efficienza organizzativa	M	Implementazione della procedura di riscossione coattiva tramite Agenzia delle Entrate alle altre Macrostrutture	Avvio della riscossione coattiva mediante trasmissione di ruoli all'Agenzia delle Entrate	Da allegare alla Relazione finale
10	3	Efficienza organizzativa	M	Standardizzazione delle informazioni all'utenza nei front-office	Proposta alla Direzione Strategica su tipologia e modalità informativa	Obiettivo condiviso tra Direzione Amministrativa Dipartimento Cure Primarie (Coordinatore), URP e Direzioni Amministrative PP.OO.
11	3	Efficienza organizzativa	M	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale	Riscontro entro 10 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo	Certificato dal Direttore Amministrativo Aziendale
12	3	Efficienza organizzativa	B	Definizione delle funzioni amministrative svolte e relativa proposta di delega di funzioni	Proposta di mappatura delle deleghe entro il 31/01/2020	
13	3	Efficienza organizzativa	B	Attivazione procedura informatizzata di gestione delle richieste di assenze a vario titolo in almeno un nuovo Stabilimento (Molfetta)	Utilizzo procedura informatizzata entro il 31/12/2020	In collaborazione con AGRU

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE AMMINISTRATIVO P.O.

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

UNITA' OPERATIVA

UOC Direzione Amministrativa Osp. Di Venere-Triggiano-Monopoli-Putignano

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture rispetto all'alimentazione software WCP con % liste abbinate/determine/protocollo >= 80%	Giorni liquidazione fattura ≤ 40 dalla registrazione	Obiettivo rimodulabile in corso d'anno sulla base degli esiti previsti dalla Legge N.145/2018 e D.G.R. N. 1487/2019 Certificato dall'AGRF
2	3	Qualità flussi informativi	B	Rispetto dello scadenzario dei flussi informativi di cui alla nota Prot. 39157/2016 del Direttore Amministrativo e di quelli relativi alla Normativa della Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Trasmissione flussi agli Uffici competenti nei tempi previsti via mail	Certificato da AGRF ed RPCT
3	3	Monitoraggio attività libero professionale per la verifica del rispetto del vincolo di non superamento dei volumi di attività istituzionale	M	Relazione trimestrale per il raffronto dei dati dei volumi di attività istituzionale / dati dei volumi di attività in ALPI e verifica del rispetto dello svolgimento di quest'ultima nella fascia oraria autorizzata	N.4 Relazioni trimestrali e almeno un controllo annuale del 30% dei medici autorizzati sul rispetto dell'ALPI nella fascia oraria autorizzata	Inviare i Report trimestrali e la Relazione annuale alla DMPO e per conoscenza all'AGRU. Allegare i 4 Report e la Relazione di controllo alla relazione finale da inviare all'STP
4	3	Controllo della spesa	M	Monitoraggio trimestrale delle competenze accessorie per il personale dell'area di Comparto	N. 2 Relazioni semestrali per U.O. da trasmettere alla DMPO e all'AGRU	Da allegare alla Relazione finale
5	3	Efficienza organizzativa	M	Organizzazione di incontri trimestrali con le singole UU.OO. sull'andamento della spesa per beni sanitari	N. 2 Verbali incontri	Incontri da organizzare con la U.O. Farmacia e la Direzione Medica. Da allegare alla Relazione finale
6	3	Efficienza organizzativa	A	Attivazione di emissione ordine informatico per i servizi esternalizzati di Lavanderia, Mensa e Vigilanza e conseguenti carichi e scarichi in procedura Magazzino e liquidazione fattura con lista	Fatture agganciate ad Ordine > 90%	Certificato dall'U.O. Controllo di Gestione (n. fatture collegate ad ordini e n. ordini non collegati a fatture)
7	3	Efficienza organizzativa	M	Rinnovo Convenzioni per attività di Medicina Trasfusionale secondo lo schema tipo di cui alla DGR 932 del 5/6/2018	Trasmissione delle bozze delle Convenzioni alla Direzione Amministrativa entro il 31/01/2020	
8	1	Efficienza organizzativa	M	Procedure di Gara sotto soglia per fabbisogno di fornitura di beni/servizi per fabbisogno ospedaliero ASL aggregato	Atto di indizione di almeno 4 procedure di gara per ciascuna UOC Direz. Amm.va Osped.	
9	1	Efficienza organizzativa	M	Implementazione della procedura di riscossione coattiva tramite Agenzia delle Entrate alle altre Macrostrutture	Avvio della riscossione coattiva mediante trasmissione di ruoli all'Agenzia delle Entrate	Da allegare alla Relazione finale
10	3	Efficienza organizzativa	M	Standardizzazione delle informazioni all'utenza nei front-office	Proposta alla Direzione Strategica su tipologia e modalità informativa	Obiettivo condiviso tra Direzione Amministrativa Dipartimento Cure Primarie (Coordinatore), URP e Direzioni Amministrative PP.OO.
11	3	Efficienza organizzativa	M	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale	Riscontro entro 10 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo	Certificato dal Direttore Amministrativo Aziendale
12	3	Efficienza organizzativa	B	Definizione delle funzioni amministrative svolte e relativa proposta di delega di funzioni	Proposta di mappatura delle deleghe entro il 31/01/2020	
13	3	Efficienza organizzativa	B	Attivazione procedura informatizzata di gestione delle richieste di assenze a vario titolo in almeno un nuovo Stabilimento (Monopoli)	Utilizzo procedura informatizzata entro il 31/12/2020	In collaborazione con AGRU

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera équipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera équipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE AMMINISTRATIVO P.O.

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO Dipartimento aziendale dei Servizi Direzionali

UNITA' OPERATIVA **UOC Direzione Sanitaria Osp. San Paolo, UOS Direzione Sanitaria Osp. Molfetta e UOS Direzione Sanitaria Osp. Corato-Terlizzi**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
2	3	Appropriatezza delle prestazioni sanitarie	B	Report semestrale sulle attività di controllo analitico casuale sul 10% delle cartelle cliniche	Trasmissione di n.2 report semestrali alla Direzione Sanitaria Aziendale	Note di trasmissione da allegare alla Relazione finale
3	3	Qualità flussi informativi	M	Corretta e tempestiva trasmissione dei dati relativi ai flussi informativi interni ed esterni verso Controllo di Gestione, U.O.S.E. e Ufficio Prevenzione della Corruzione e Trasparenza	Trasmissione flussi agli Uffici competenti nei tempi previsti	Obiettivo certificato dagli Uffici competenti
4	3 1	Efficienza organizzativa	M	Organizzazione di incontri trimestrali con le singole UU.OO. sull'andamento della spesa per beni sanitari	N. 2 Verbalì incontri	Incontri da organizzare con la U.O. Farmacia, la Direzione Amministrativa e le UU.OO. Da allegare alla Relazione finale
5	3 4	Efficienza organizzativa	A	Trasmissione mensile entro 10 gg. dalla fine del mese di riferimento alla Direzione Amministrativa di Presidio dei dati necessari alla fatturazione mensile da parte delle ditte fornitrici dei servizi di Lavanderia e Mensa	Note di trasmissione da allegare alla Relazione annuale	Certificazione a cura delle Direzioni Amministrative di Presidio da inviare entro il 30 Aprile 2020 all'U.O. Controllo di Gestione
6	3	Potenziamento della copertura vaccinale	A	Vaccinazione anti influenzale degli operatori sanitari	N. operatori vaccinati 2020 > 2019	Registrazione vaccinazioni sul Sistema GIAVA Obiettivo condiviso tra Dip. Prevenzione, Sorveglianza Sanitaria, DSM, DDP, DMPO e DSS. Certificato dalla Direz. del Dipartimento Prevenzione
7	3	Efficienza organizzativa	M	Istituzione guardia attiva nel S.I.M.T. Dirigenza e Comparto	Attivazione guardia attiva con sospensione della Pronta Disponibilità	

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO Dipartimento aziendale dei Servizi Direzionali
 UNITA' OPERATIVA UOC Direzione Sanitaria Osp. Di Venere-Triggiano

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
2	3	Appropriatezza delle prestazioni sanitarie	B	Report semestrale sulle attività di controllo analitico casuale sul 10% delle cartelle cliniche	Trasmissione di n.2 report semestrali alla Direzione Sanitaria Aziendale	Note di trasmissione da allegare alla Relazione finale
3	3	Qualità flussi informativi	M	Corretta e tempestiva trasmissione dei dati relativi ai flussi informativi interni ed esterni verso Controllo di Gestione, U.O.S.E. e Ufficio Prevenzione della Corruzione e Trasparenza	Trasmissione flussi agli Uffici competenti nei tempi previsti	Obiettivo certificato dagli Uffici competenti
4	3 1	Efficienza organizzativa	M	Organizzazione di incontri trimestrali con le singole UU.OO. sull'andamento della spesa per beni sanitari	N. 2 Verbalì incontri	Incontri da organizzare con la U.O. Farmacia, la Direzione Amministrativa e le UU.OO. Da allegare alla Relazione finale
5	3 4	Efficienza organizzativa	A	Trasmissione mensile entro 10 gg. dalla fine del mese di riferimento alla Direzione Amministrativa di Presidio dei dati necessari alla fatturazione mensile da parte delle ditte fornitrici dei servizi di Lavanderia e Mensa	Note di trasmissione da allegare alla Relazione annuale	Certificazione a cura delle Direzioni Amministrative di Presidio da inviare entro il 30 Aprile 2020 all'U.O. Controllo di Gestione
6	3	Potenziamento della copertura vaccinale	A	Vaccinazione anti influenzale degli operatori sanitari	N. operatori vaccinati 2020 > 2019	Registrazione vaccinazioni sul Sistema GIAVA Obiettivo condiviso tra Dip. Prevenzione, Sorveglianza Sanitaria, DSM, DDP, DMPO e DSS. Certificato dalla Direz. del Dipartimento Prevenzione
7	3	Efficienza organizzativa	M	Istituzione guardia attiva nel S.I.M.T. Comparto	Attivazione guardia attiva con sospensione della Pronta Disponibilità	
8	3	Efficienza organizzativa	A	Conferimento Cartelle Cliniche delle UU.OO. all'archivio centralizzato: N.di cartelle relative agli anni precedenti al 2019 presenti nel P.O. (Direzione Sanitaria e UU.OO.)	N. cartelle anni precedenti al 2019 presenti nel P.O. = 0	Certificato dal Direttore del P.O. e verificato dal Direttore del Dipartimento

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO Dipartimento aziendale dei Servizi Direzionali

UNITA' OPERATIVA UOC Direzione Sanitaria Osp. della Murgia

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
2	3	Appropriatezza delle prestazioni sanitarie	B	Report semestrale sulle attività di controllo analitico casuale sul 10% delle cartelle cliniche	Trasmissione di n.2 report semestrali alla Direzione Sanitaria Aziendale	Note di trasmissione da allegare alla Relazione finale
3	3	Qualità flussi informativi	M	Corretta e tempestiva trasmissione dei dati relativi ai flussi informativi interni ed esterni verso Controllo di Gestione, U.O.S.E. e Ufficio Prevenzione della Corruzione e Trasparenza	Trasmissione flussi agli Uffici competenti nei tempi previsti	Obiettivo certificato dagli Uffici competenti
4	3 1	Efficienza organizzativa	M	Organizzazione di incontri trimestrali con le singole UU.OO. sull'andamento della spesa per beni sanitari	N. 2 Verbalì incontri	Incontri da organizzare con la U.O. Farmacia, la Direzione Amministrativa e le UU.OO. Da allegare alla Relazione finale
5	3 4	Efficienza organizzativa	A	Trasmissione mensile entro 10 gg. dalla fine del mese di riferimento alla Direzione Amministrativa di Presidio dei dati necessari alla fatturazione mensile da parte delle ditte fornitrici dei servizi di Lavanderia e Mensa	Note di trasmissione da allegare alla Relazione annuale	Certificazione a cura delle Direzioni Amministrative di Presidio da inviare entro il 30 Aprile 2020 all'U.O. Controllo di Gestione
6	3	Potenziamento della copertura vaccinale	A	Vaccinazione anti influenzale degli operatori sanitari	N. operatori vaccinati 2020 > 2019	Registrazione vaccinazioni sul Sistema GIAVA Obiettivo condiviso tra Dip. Prevenzione, Sorveglianza Sanitaria, DSM, DDP, DMPO e DSS. Certificato dalla Direz. del Dipartimento Prevenzione
7	3	Clinical governance	M	Procedura per la gestione del paziente con emorragia digestiva in emergenza-urgenza	Invio con mail della Procedura elaborata secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Condiviso con PS, Medicina Interna, Chirurgia, Rianimazione e DMPO dell'Ospedale della Murgia Coordinato da U.O. di Endoscopia Digestiva. Allegare mail di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO Dipartimento aziendale dei Servizi Direzionali

UNITA' OPERATIVA **UOSVD Direzione Sanitaria Osp. Monopoli**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
2	3	Appropriatezza delle prestazioni sanitarie	B	Report semestrale sulle attività di controllo analitico casuale sul 10% delle cartelle cliniche	Trasmissione di n.2 report semestrali alla Direzione Sanitaria Aziendale	Note di trasmissione da allegare alla Relazione finale
3	3	Qualità flussi informativi	M	Corretta e tempestiva trasmissione dei dati relativi ai flussi informativi interni ed esterni verso Controllo di Gestione, U.O.S.E. e Ufficio Prevenzione della Corruzione e Trasparenza	Trasmissione flussi agli Uffici competenti nei tempi previsti	Obiettivo certificato dagli Uffici competenti
4	3 1	Efficienza organizzativa	M	Organizzazione di incontri trimestrali con le singole UU.OO. sull'andamento della spesa per beni sanitari	N. 2 Verballi incontri	Incontri da organizzare con la U.O. Farmacia, la Direzione Amministrativa e le UU.OO. Da allegare alla Relazione finale
5	3 4	Efficienza organizzativa	A	Trasmissione mensile entro 10 gg. dalla fine del mese di riferimento alla Direzione Amministrativa di Presidio dei dati necessari alla fatturazione mensile da parte delle ditte fornitrici dei servizi di Lavanderia e Mensa	Note di trasmissione da allegare alla Relazione annuale	Certificazione a cura delle Direzioni Amministrative di Presidio da inviare entro il 30 Aprile 2020 all'U.O. Controllo di Gestione
6	3	Potenziamento della copertura vaccinale	A	Vaccinazione anti influenzale degli operatori sanitari	N. operatori vaccinati 2020 > 2019	Registrazione vaccinazioni sul Sistema GIAVA Obiettivo condiviso tra Dip. Prevenzione, Sorveglianza Sanitaria, DSM, DDP, DMPO e DSS. Certificato dalla Direz. del Dipartimento Prevenzione

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO Dipartimento aziendale dei Servizi Direzionali

UNITA' OPERATIVA UOSVD Direzione Sanitaria Osp. Putignano

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
2	3	Appropriatezza delle prestazioni sanitarie	B	Report semestrale sulle attività di controllo analitico casuale sul 10% delle cartelle cliniche	Trasmissione di n.2 report semestrali alla Direzione Sanitaria Aziendale	Note di trasmissione da allegare alla Relazione finale
3	3	Qualità flussi informativi	M	Corretta e tempestiva trasmissione dei dati relativi ai flussi informativi interni ed esterni verso Controllo di Gestione, U.O.S.E. e Ufficio Prevenzione della Corruzione e Trasparenza	Trasmissione flussi agli Uffici competenti nei tempi previsti	Obiettivo certificato dagli Uffici competenti
4	3 1	Efficienza organizzativa	M	Organizzazione di incontri trimestrali con le singole UU.OO. sull'andamento della spesa per beni sanitari	N. 2 Verballi incontri	Incontri da organizzare con la U.O. Farmacia, la Direzione Amministrativa e le UU.OO. Da allegare alla Relazione finale
5	3 4	Efficienza organizzativa	A	Trasmissione mensile entro 10 gg. dalla fine del mese di riferimento alla Direzione Amministrativa di Presidio dei dati necessari alla fatturazione mensile da parte delle ditte fornitrici dei servizi di Lavanderia e Mensa	Note di trasmissione da allegare alla Relazione annuale	Certificazione a cura delle Direzioni Amministrative di Presidio da inviare entro il 30 Aprile 2020 all'U.O. Controllo di Gestione
6	3	Potenziamento della copertura vaccinale	A	Vaccinazione anti influenzale degli operatori sanitari	N. operatori vaccinati 2020 > 2019	Registrazione vaccinazioni sul Sistema GIAVA Obiettivo condiviso tra Dip. Prevenzione, Sorveglianza Sanitaria, DSM, DDP, DMPO e DSS. Certificato dalla Direz. del Dipartimento Prevenzione

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

UNITA' OPERATIVA

UOC Distretto S.S. n. 1

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture rispetto all'alimentazione software WCP con % liste abbinate/determine/protocollo >= 80%	Giorni liquidazione fattura ≤ 40 dalla registrazione	Obiettivo rimodulabile in corso d'anno sulla base degli esiti previsti dalla Legge N.145/2018 e D.G.R. N. 1487/2019 Al netto delle fatture contestate. Certificato dall'AGRF
2	3 4	Appropriatezza prescrittiva	M	Relazione trimestrale sulla verifica dei comportamenti prescrittivi inappropriati, sulla base dei report trimestrali sull'appropriatezza da parte dell'Area Farmaceutica	N. 2 Relazioni trimestrali da inviare alla Direzione Generale	D.D. N. 16 del 30/12/2016 Dip. Promozione Salute. Indicare nella Relazione conclusiva i Numeri di protocollo
3	3	Controllo della spesa	A	Completa gestione degli ordini informatizzati degli Ausili per incontinenza ad assorbenza tramite i sistemi aziendali	N. fatture collegate a ordini > 90% delle fatture registrate a partire dalla data di validazione della procedura da parte del DAPI	Certificato dall'U.O. Controllo di Gestione (n. fatture collegate ad ordini e n. ordini non collegati a fatture)
4	1 3	Controllo della Spesa	B	Revisione e adozione della procedura per la prescrizione di Protesi/Presidi/Ausili da privato e in distribuzione diretta in applicazione del DPCM 12/01/2017	Proposta di Delibera	Obiettivo in comune a tutti i Distretti. Coordinato dal DSS Bari
5	3	Efficienza organizzativa	B	Standardizzazione delle procedure amministrative e definizione delle funzioni amministrative svolte dai DSS e relativa proposta di delega di funzioni	Verbale di condivisione della Proposta di mappatura delle deleghe entro il 31/01/2020	Obiettivo comune tra UOC Dir. Amministrativa DAPI (coordinatore) e DSS.
6	1 3	Efficienza organizzativa	M	Procedure di Gara sotto soglia affidate dalla Dir. Amministrativa DAPI	Atto di indizione o aggiudicazione di almeno una procedura di gara	
7	2 3	Assistenza domiciliare	A	Piani di miglioramento per la riduzione dell'Effort negativo dei PAI registrati dal Distretto	% Effort negativi ≤ 50%	Al netto delle Cure palliative per Malati Terminali Certificato dal Controllo di Gestione
8	3	Potenziamento della copertura vaccinale	A	Vaccinazione anti influenzale degli operatori sanitari	N. operatori vaccinati 2020 > 2019	Registrazione vaccinazioni sul Sistema GIAVA Obiettivo condiviso tra Dip. Prevenzione, Sorveglianza Sanitaria, DSM, DDP, DMPO e DSS. Certificato dalla Direz. del Dipartimento Prevenzione
9	3	Efficienza organizzativa	M	Procedura per la corretta gestione dei campioni biologici (esecuzione prelievo e raccolta del campione) e trasporto dai Centri Prelievo ai Laboratori di riferimento (Hub e Spoke)	Invio con mail della procedura all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità entro il 31/12/2020	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Patologia Clinica, Direzioni DSS e Farmacia Territoriale. Coordinato da U.O. Patologia Clinica P.O. Murgia
11	3	Efficienza organizzativa	M	Analisi del fabbisogno specialistica ambulatoriale per DSS	Relazione al Direttore Sanitario entro il 31/12/2020	
13	3	Efficienza organizzativa	M	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale	Riscontro entro 10 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo	Certificato dal Direttore Amministrativo Aziendale

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera équipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera équipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DISTRETTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

UNITA' OPERATIVA

UOC Distretto S.S. n. 2

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture rispetto all'alimentazione software WCP con % liste abbinate/determine/protocollo >= 80%	Giorni liquidazione fattura ≤ 40 dalla registrazione	Obiettivo rimodulabile in corso d'anno sulla base degli esiti previsti dalla Legge N.145/2018 e D.G.R. N. 1487/2019 Al netto delle fatture contestate. Certificato dall'AGRF
2	3 4	Appropriatezza prescrittiva	M	Relazione trimestrale sulla verifica dei comportamenti prescrittivi inappropriati, sulla base dei report trimestrali sull'appropriatezza da parte dell'Area Farmaceutica	N. 2 Relazioni trimestrali da inviare alla Direzione Generale	D.D. N. 16 del 30/12/2016 Dip. Promozione Salute. Indicare nella Relazione conclusiva i Numeri di protocollo
3	3	Controllo della spesa	A	Completa gestione degli ordini informatizzati degli Ausili per incontinenza ad assorbenza tramite i sistemi aziendali	N. fatture collegate a ordini > 90% delle fatture registrate a partire dalla data di validazione della procedura da parte del DAPI	Certificato dall'U.O. Controllo di Gestione (n. fatture collegate ad ordini e n. ordini non collegati a fatture)
4	1 3	Controllo della Spesa	B	Revisione e adozione della procedura per la prescrizione di Protesi/Presidi/Ausili da privato e in distribuzione diretta in applicazione del DPCM 12/01/2017	Proposta di Delibera	Obiettivo in comune a tutti i Distretti. Coordinato dal DSS Bari
5	3	Efficienza organizzativa	B	Standardizzazione delle procedure amministrative e definizione delle funzioni amministrative svolte dai DSS e relativa proposta di delega di funzioni	Verbale di condivisione della Proposta di mappatura delle deleghe entro il 31/01/2020	Obiettivo comune tra UOC Dir. Amministrativa DAPI (coordinatore) e DSS.
6	1 3	Efficienza organizzativa	M	Procedure di Gara sotto soglia affidate dalla Dir. Amministrativa DAPI	Atto di indizione o aggiudicazione di almeno una procedura di gara	
7	2 3	Assistenza domiciliare	A	Piani di miglioramento per la riduzione dell'Effort negativo dei PAI registrati dal Distretto	% Effort negativi ≤ 50%	Al netto delle Cure palliative per Malati Terminali. Certificato dal Controllo di Gestione
8	3	Potenziamento della copertura vaccinale	A	Vaccinazione anti influenzale degli operatori sanitari	N. operatori vaccinati 2020 > 2019	Registrazione vaccinazioni sul Sistema GIAVA. Obiettivo condiviso tra Dip. Prevenzione, Sorveglianza Sanitaria, DSM, DDP, DMPO e DSS. Certificato dalla Direz. del Dipartimento Prevenzione
9	3	Efficienza organizzativa	M	Procedura per la corretta gestione dei campioni biologici (esecuzione prelievo e raccolta del campione) e trasporto dai Centri Prelievo ai Laboratori di riferimento (Hub e Spoke)	Invio con mail della procedura all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità entro il 31/12/2020	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Patologia Clinica, Direzioni DSS e Farmacia Territoriale. Coordinato da U.O. Patologia Clinica P.O. Murgia
11	3	Efficienza organizzativa	M	Analisi del fabbisogno specialistica ambulatoriale per DSS	Relazione al Direttore Sanitario entro il 31/12/2020	
13	3	Efficienza organizzativa	M	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale	Riscontro entro 10 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo	Certificato dal Direttore Amministrativo Aziendale

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera équipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera équipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DISTRETTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

UNITA' OPERATIVA

UOC Distretto S.S. n. 3

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture rispetto all'alimentazione software WCP con % liste abbinate/determine/protocollo >= 80%	Giorni liquidazione fattura ≤ 40 dalla registrazione	Obiettivo rimodulabile in corso d'anno sulla base degli esiti previsti dalla Legge N.145/2018 e D.G.R. N. 1487/2019 Al netto delle fatture contestate. Certificato dall'AGRF
2	3 4	Appropriatezza prescrittiva	M	Relazione trimestrale sulla verifica dei comportamenti prescrittivi inappropriati, sulla base dei report trimestrali sull'appropriatezza da parte dell'Area Farmaceutica	N. 2 Relazioni trimestrali da inviare alla Direzione Generale	D.D. N. 16 del 30/12/2016 Dip. Promozione Salute. Indicare nella Relazione conclusiva i Numeri di protocollo
3	3	Controllo della spesa	A	Completa gestione degli ordini informatizzati degli Ausili per incontinenza ad assorbenza tramite i sistemi aziendali	N. fatture collegate a ordini > 90% delle fatture registrate a partire dalla data di validazione della procedura da parte del DAPI	Certificato dall'U.O. Controllo di Gestione (n. fatture collegate ad ordini e n. ordini non collegati a fatture)
4	1 3	Controllo della Spesa	B	Revisione e adozione della procedura per la prescrizione di Protesi/Presidi/Ausili da privato e in distribuzione diretta in applicazione del DPCM 12/01/2017	Proposta di Delibera	Obiettivo in comune a tutti i Distretti. Coordinato dal DSS Bari
5	3	Efficienza organizzativa	B	Standardizzazione delle procedure amministrative e definizione delle funzioni amministrative svolte dai DSS e relativa proposta di delega di funzioni	Verbale di condivisione della Proposta di mappatura delle deleghe entro il 31/01/2020	Obiettivo comune tra UOC Dir. Amministrativa DAPI (coordinatore) e DSS.
6	1 3	Efficienza organizzativa	M	Procedure di Gara sotto soglia affidate dalla Dir. Amministrativa DAPI	Atto di indizione o aggiudicazione di almeno una procedura di gara	
7	2 3	Assistenza domiciliare	A	Piani di miglioramento per la riduzione dell'Effort negativo dei PAI registrati dal Distretto	% Effort negativi ≤ 50%	Al netto delle Cure palliative per Malati Terminali. Certificato dal Controllo di Gestione
8	3	Potenziamento della copertura vaccinale	A	Vaccinazione anti influenzale degli operatori sanitari	N. operatori vaccinati 2020 > 2019	Registrazione vaccinazioni sul Sistema GIAVA. Obiettivo condiviso tra Dip. Prevenzione, Sorveglianza Sanitaria, DSM, DDP, DMPO e DSS. Certificato dalla Direz. del Dipartimento Prevenzione
9	3	Efficienza organizzativa	M	Procedura per la corretta gestione dei campioni biologici (esecuzione prelievo e raccolta del campione) e trasporto dai Centri Prelievo ai Laboratori di riferimento (Hub e Spoke)	Invio con mail della procedura all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità entro il 31/12/2020	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Patologia Clinica, Direzioni DSS e Farmacia Territoriale. Coordinato da U.O. Patologia Clinica P.O. Murgia
11	3	Efficienza organizzativa	M	Analisi del fabbisogno specialistica ambulatoriale per DSS	Relazione al Direttore Sanitario entro il 31/12/2020	
14	3	Efficienza organizzativa	M	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale	Riscontro entro 10 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo	Certificato dal Direttore Amministrativo Aziendale

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera équipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera équipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DISTRETTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

UNITA' OPERATIVA

UOC Distretto S.S. n. 4

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture rispetto all'alimentazione software WCP con % liste abbinate/determine/protocollo >= 80%	Giorni liquidazione fattura ≤ 40 dalla registrazione	Obiettivo rimodulabile in corso d'anno sulla base degli esiti previsti dalla Legge N.145/2018 e D.G.R. N. 1487/2019 Al netto delle fatture contestate. Certificato dall'AGRF
2	3 4	Appropriatezza prescrittiva	M	Relazione trimestrale sulla verifica dei comportamenti prescrittivi inappropriati, sulla base dei report trimestrali sull'appropriatezza da parte dell'Area Farmaceutica	N. 2 Relazioni trimestrali da inviare alla Direzione Generale	D.D. N. 16 del 30/12/2016 Dip. Promozione Salute. Indicare nella Relazione conclusiva i Numeri di protocollo
3	3	Controllo della spesa	A	Completa gestione degli ordini informatizzati degli Ausili per incontinenza ad assorbimento tramite i sistemi aziendali	N. fatture collegate a ordini > 90% delle fatture registrate a partire dalla data di validazione della procedura da parte del DAPI	Certificato dall'U.O. Controllo di Gestione (n. fatture collegate ad ordini e n. ordini non collegati a fatture)
4	1 3	Controllo della Spesa	B	Revisione e adozione della procedura per la prescrizione di Protesi/Presidi/Ausili da privato e in distribuzione diretta in applicazione del DPCM 12/01/2017	Proposta di Delibera	Obiettivo in comune a tutti i Distretti. Coordinato dal DSS Bari
5	3	Efficienza organizzativa	B	Standardizzazione delle procedure amministrative e definizione delle funzioni amministrative svolte dai DSS e relativa proposta di delega di funzioni	Verbale di condivisione della Proposta di mappatura delle deleghe entro il 31/01/2020	Obiettivo comune tra UOC Dir. Amministrativa DAPI (coordinatore) e DSS.
6	1 3	Efficienza organizzativa	M	Procedure di Gara sotto soglia affidate dalla Dir. Amministrativa DAPI	Atto di indizione o aggiudicazione di almeno una procedura di gara	
7	2 3	Assistenza domiciliare	A	Piani di miglioramento per la riduzione dell'Effort negativo dei PAI registrati dal Distretto	% Effort negativi ≤ 50%	Al netto delle Cure palliative per Malati Terminali Certificato dal Controllo di Gestione
8	3	Potenziamento della copertura vaccinale	A	Vaccinazione anti influenzale degli operatori sanitari	N. operatori vaccinati 2020 > 2019	Registrazione vaccinazioni sul Sistema GIAVA Obiettivo condiviso tra Dip. Prevenzione, Sorveglianza Sanitaria, DSM, DDP, DMPO e DSS. Certificato dalla Direz. del Dipartimento Prevenzione
9	3	Efficienza organizzativa	M	Procedura per la corretta gestione dei campioni biologici (esecuzione prelievo e raccolta del campione) e trasporto dai Centri Prelievo ai Laboratori di riferimento (Hub e Spoke)	Invio con mail della procedura all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità entro il 31/12/2020	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Patologia Clinica, Direzioni DSS e Farmacia Territoriale. Coordinato da U.O. Patologia Clinica P.O. Murgia
11	3	Efficienza organizzativa	M	Analisi del fabbisogno specialistica ambulatoriale per DSS	Relazione al Direttore Sanitario entro il 31/12/2020	
13	3	Efficienza organizzativa	M	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale	Riscontro entro 10 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo	Certificato dal Direttore Amministrativo Aziendale

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera équipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera équipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DISTRETTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

UNITA' OPERATIVA

UOC Distretto S.S. n. 5

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture rispetto all'alimentazione software WCP con % liste abbinate/determine/protocollo >= 80%	Giorni liquidazione fattura ≤ 40 dalla registrazione	Obiettivo rimodulabile in corso d'anno sulla base degli esiti previsti dalla Legge N.145/2018 e D.G.R. N. 1487/2019 Al netto delle fatture contestate. Certificato dall'AGRF
2	3 4	Appropriatezza prescrittiva	M	Relazione trimestrale sulla verifica dei comportamenti prescrittivi inappropriati, sulla base dei report trimestrali sull'appropriatezza da parte dell'Area Farmaceutica	N. 2 Relazioni trimestrali da inviare alla Direzione Generale	D.D. N. 16 del 30/12/2016 Dip. Promozione Salute. Indicare nella Relazione conclusiva i Numeri di protocollo
3	3	Controllo della spesa	A	Completa gestione degli ordini informatizzati degli Ausili per incontinenza ad assorbenza tramite i sistemi aziendali	N. fatture collegate a ordini > 90% delle fatture registrate a partire dalla data di validazione della procedura da parte del DAPI	Certificato dall'U.O. Controllo di Gestione (n. fatture collegate ad ordini e n. ordini non collegati a fatture)
4	1 3	Controllo della Spesa	B	Revisione e adozione della procedura per la prescrizione di Protesi/Presidi/Ausili da privato e in distribuzione diretta in applicazione del DPCM 12/01/2017	Proposta di Delibera	Obiettivo in comune a tutti i Distretti. Coordinato dal DSS Bari
5	3	Efficienza organizzativa	B	Standardizzazione delle procedure amministrative e definizione delle funzioni amministrative svolte dai DSS e relativa proposta di delega di funzioni	Verbale di condivisione della Proposta di mappatura delle deleghe entro il 31/01/2020	Obiettivo comune tra UOC Dir. Amministrativa DAPI (coordinatore) e DSS.
6	1 3	Efficienza organizzativa	M	Procedure di Gara sotto soglia affidate dalla Dir. Amministrativa DAPI	Atto di indizione o aggiudicazione di almeno una procedura di gara	
7	2 3	Assistenza domiciliare	A	Piani di miglioramento per la riduzione dell'Effort negativo dei PAI registrati dal Distretto	% Effort negativi ≤ 50%	Al netto delle Cure palliative per Malati Terminali Certificato dal Controllo di Gestione
8	3	Potenziamento della copertura vaccinale	A	Vaccinazione anti influenzale degli operatori sanitari	N. operatori vaccinati 2020 > 2019	Registrazione vaccinazioni sul Sistema GIAVA Obiettivo condiviso tra Dip. Prevenzione, Sorveglianza Sanitaria, DSM, DDP, DMPO e DSS. Certificato dalla Direz. del Dipartimento Prevenzione
9	3	Efficienza organizzativa	M	Procedura per la corretta gestione dei campioni biologici (esecuzione prelievo e raccolta del campione) e trasporto dai Centri Prelievo ai Laboratori di riferimento (Hub e Spoke)	Invio con mail della procedura all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità entro il 31/12/2020	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Patologia Clinica, Direzioni DSS e Farmacia Territoriale. Coordinato da U.O. Patologia Clinica P.O. Murgia
11	3	Efficienza organizzativa	M	Analisi del fabbisogno specialistica ambulatoriale per DSS	Relazione al Direttore Sanitario entro il 31/12/2020	
13	3	Efficienza organizzativa	M	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale	Riscontro entro 10 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo	Certificato dal Direttore Amministrativo Aziendale

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera équipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera équipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DISTRETTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

UNITA' OPERATIVA

UOC Distretto S.S. Unico - Bari

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture rispetto all'alimentazione software WCP con % liste abbinate/determine/protocollo >= 80%	Giorni liquidazione fattura ≤ 40 dalla registrazione	Obiettivo rimodulabile in corso d'anno sulla base degli esiti previsti dalla Legge N.145/2018 e D.G.R. N. 1487/2019 Al netto delle fatture contestate. Certificato dall'AGRF
2	3 4	Appropriatezza prescrittiva	M	Relazione trimestrale sulla verifica dei comportamenti prescrittivi inappropriati, sulla base dei report trimestrali sull'appropriatezza da parte dell'Area Farmaceutica	N. 2 Relazioni trimestrali da inviare alla Direzione Generale	D.D. N. 16 del 30/12/2016 Dip. Promozione Salute. Indicare nella Relazione conclusiva i Numeri di protocollo
3	3	Controllo della spesa	A	Completa gestione degli ordini informatizzati degli Ausili per incontinenza ad assorbimento tramite i sistemi aziendali	N. fatture collegate a ordini > 90% delle fatture registrate a partire dalla data di validazione della procedura da parte del DAPI	Certificato dall'U.O. Controllo di Gestione (n. fatture collegate ad ordini e n. ordini non collegati a fatture)
4	1 3	Controllo della Spesa	B	Revisione e adozione della procedura per la prescrizione di Protesi/Presidi/Ausili da privato e in distribuzione diretta in applicazione del DPCM 12/01/2017	Proposta di Delibera	Obiettivo in comune a tutti i Distretti. Coordinato dal DSS Bari
5	3	Efficienza organizzativa	B	Standardizzazione delle procedure amministrative e definizione delle funzioni amministrative svolte dai DSS e relativa proposta di delega di funzioni	Verbale di condivisione della Proposta di mappatura delle deleghe entro il 31/01/2020	Obiettivo comune tra UOC Dir. Amministrativa DAPI (coordinatore) e DSS.
6	1 3	Efficienza organizzativa	M	Procedure di Gara sotto soglia affidate dalla Dir. Amministrativa DAPI	Atto di indizione o aggiudicazione di almeno una procedura di gara	
7	2 3	Assistenza domiciliare	A	Piani di miglioramento per la riduzione dell'Effort negativo dei PAI registrati dal Distretto	% Effort negativi ≤ 50%	Al netto delle Cure palliative per Malati Terminali. Certificato dal Controllo di Gestione
8	3	Potenziamento della copertura vaccinale	A	Vaccinazione anti influenzale degli operatori sanitari	N. operatori vaccinati 2020 > 2019	Registrazione vaccinazioni sul Sistema GIAVA. Obiettivo condiviso tra Dip. Prevenzione, Sorveglianza Sanitaria, DSM, DDP, DMPO e DSS. Certificato dalla Direz. del Dipartimento Prevenzione
9	3	Efficienza organizzativa	M	Procedura per la corretta gestione dei campioni biologici (esecuzione prelievo e raccolta del campione) e trasporto dai Centri Prelievo ai Laboratori di riferimento (Hub e Spoke)	Invio con mail della procedura all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità entro il 31/12/2020	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Patologia Clinica, Direzioni DSS e Farmacia Territoriale. Coordinato da U.O. Patologia Clinica P.O. Murgia
11	3	Efficienza organizzativa	M	Analisi del fabbisogno specialistica ambulatoriale per DSS	Relazione al Direttore Sanitario entro il 31/12/2020	
14	3	Efficienza organizzativa	M	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale	Riscontro entro 10 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo	Certificato dal Direttore Amministrativo Aziendale

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera équipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera équipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DISTRETTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

UNITA' OPERATIVA

UOC Distretto S.S. n. 9

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture rispetto all'alimentazione software WCP con % liste abbinate/determine/protocollo >= 80%	Giorni liquidazione fattura ≤ 40 dalla registrazione	Obiettivo rimodulabile in corso d'anno sulla base degli esiti previsti dalla Legge N.145/2018 e D.G.R. N. 1487/2019 Al netto delle fatture contestate. Certificato dall'AGRF
2	3 4	Appropriatezza prescrittiva	M	Relazione trimestrale sulla verifica dei comportamenti prescrittivi inappropriati, sulla base dei report trimestrali sull'appropriatezza da parte dell'Area Farmaceutica	N. 2 Relazioni trimestrali da inviare alla Direzione Generale	D.D. N. 16 del 30/12/2016 Dip. Promozione Salute. Indicare nella Relazione conclusiva i Numeri di protocollo
3	3	Controllo della spesa	A	Completa gestione degli ordini informatizzati degli Ausili per incontinenza ad assorbenza tramite i sistemi aziendali	N. fatture collegate a ordini > 90% delle fatture registrate a partire dalla data di validazione della procedura da parte del DAPI	Certificato dall'U.O. Controllo di Gestione (n. fatture collegate ad ordini e n. ordini non collegati a fatture)
4	1 3	Controllo della Spesa	B	Revisione e adozione della procedura per la prescrizione di Protesi/Presidi/Ausili da privato e in distribuzione diretta in applicazione del DPCM 12/01/2017	Proposta di Delibera	Obiettivo in comune a tutti i Distretti. Coordinato dal DSS Bari
5	3	Efficienza organizzativa	B	Standardizzazione delle procedure amministrative e definizione delle funzioni amministrative svolte dai DSS e relativa proposta di delega di funzioni	Verbale di condivisione della Proposta di mappatura delle deleghe entro il 31/01/2020	Obiettivo comune tra UOC Dir. Amministrativa DAPI (coordinatore) e DSS.
6	1 3	Efficienza organizzativa	M	Procedure di Gara sotto soglia affidate dalla Dir. Amministrativa DAPI	Atto di indizione o aggiudicazione di almeno una procedura di gara	
7	2 3	Assistenza domiciliare	A	Piani di miglioramento per la riduzione dell'Effort negativo dei PAI registrati dal Distretto	% Effort negativi ≤ 50%	Al netto delle Cure palliative per Malati Terminali Certificato dal Controllo di Gestione
8	3	Potenziamento della copertura vaccinale	A	Vaccinazione anti influenzale degli operatori sanitari	N. operatori vaccinati 2020 > 2019	Registrazione vaccinazioni sul Sistema GIAVA Obiettivo condiviso tra Dip. Prevenzione, Sorveglianza Sanitaria, DSM, DDP, DMPO e DSS. Certificato dalla Direz. del Dipartimento Prevenzione
9	3	Efficienza organizzativa	M	Procedura per la corretta gestione dei campioni biologici (esecuzione prelievo e raccolta del campione) e trasporto dai Centri Prelievo ai Laboratori di riferimento (Hub e Spoke)	Invio con mail della procedura all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità entro il 31/12/2020	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Patologia Clinica, Direzioni DSS e Farmacia Territoriale. Coordinato da U.O. Patologia Clinica P.O. Murgia
11	3	Efficienza organizzativa	M	Analisi del fabbisogno specialistica ambulatoriale per DSS	Relazione al Direttore Sanitario entro il 31/12/2020	
13	3	Efficienza organizzativa	M	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale	Riscontro entro 10 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo	Certificato dal Direttore Amministrativo Aziendale

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera équipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera équipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DISTRETTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

UNITA' OPERATIVA

UOC Distretto S.S. n. 10

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture rispetto all'alimentazione software WCP con % liste abbinate/determine/protocollo >= 80%	Giorni liquidazione fattura ≤ 40 dalla registrazione	Obiettivo rimodulabile in corso d'anno sulla base degli esiti previsti dalla Legge N.145/2018 e D.G.R. N. 1487/2019 Al netto delle fatture contestate. Certificato dall'AGRF
2	3 4	Appropriatezza prescrittiva	M	Relazione trimestrale sulla verifica dei comportamenti prescrittivi inappropriati, sulla base dei report trimestrali sull'appropriatezza da parte dell'Area Farmaceutica	N. 2 Relazioni trimestrali da inviare alla Direzione Generale	D.D. N. 16 del 30/12/2016 Dip. Promozione Salute. Indicare nella Relazione conclusiva i Numeri di protocollo
3	3	Controllo della spesa	A	Completa gestione degli ordini informatizzati degli Ausili per incontinenza ad assorbenza tramite i sistemi aziendali	N. fatture collegate a ordini > 90% delle fatture registrate a partire dalla data di validazione della procedura da parte del DAPI	Certificato dall'U.O. Controllo di Gestione (n. fatture collegate ad ordini e n. ordini non collegati a fatture)
4	1 3	Controllo della Spesa	B	Revisione e adozione della procedura per la prescrizione di Protesi/Presidi/Ausili da privato e in distribuzione diretta in applicazione del DPCM 12/01/2017	Proposta di Delibera	Obiettivo in comune a tutti i Distretti. Coordinato dal DSS Bari
5	3	Efficienza organizzativa	B	Standardizzazione delle procedure amministrative e definizione delle funzioni amministrative svolte dai DSS e relativa proposta di delega di funzioni	Verbale di condivisione della Proposta di mappatura delle deleghe entro il 31/01/2020	Obiettivo comune tra UOC Dir. Amministrativa DAPI (coordinatore) e DSS.
6	1 3	Efficienza organizzativa	M	Procedure di Gara sotto soglia affidate dalla Dir. Amministrativa DAPI	Atto di indizione o aggiudicazione di almeno una procedura di gara	
7	2 3	Assistenza domiciliare	A	Piani di miglioramento per la riduzione dell'Effort negativo dei PAI registrati dal Distretto	% Effort negativi ≤ 50%	Al netto delle Cure palliative per Malati Terminali. Certificato dal Controllo di Gestione
8	3	Potenziamento della copertura vaccinale	A	Vaccinazione anti influenzale degli operatori sanitari	N. operatori vaccinati 2020 > 2019	Registrazione vaccinazioni sul Sistema GIAVA. Obiettivo condiviso tra Dip. Prevenzione, Sorveglianza Sanitaria, DSM, DDP, DMPO e DSS. Certificato dalla Direz. del Dipartimento Prevenzione
9	3	Efficienza organizzativa	M	Procedura per la corretta gestione dei campioni biologici (esecuzione prelievo e raccolta del campione) e trasporto dai Centri Prelievo ai Laboratori di riferimento (Hub e Spoke)	Invio con mail della procedura all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità entro il 31/12/2020	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Patologia Clinica, Direzioni DSS e Farmacia Territoriale. Coordinato da U.O. Patologia Clinica P.O. Murgia
11	3	Efficienza organizzativa	M	Analisi del fabbisogno specialistica ambulatoriale per DSS	Relazione al Direttore Sanitario entro il 31/12/2020	
13	3	Efficienza organizzativa	M	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale	Riscontro entro 10 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo	Certificato dal Direttore Amministrativo Aziendale

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera équipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera équipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DISTRETTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

UNITA' OPERATIVA

UOC Distretto S.S. n. 11

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture rispetto all'alimentazione software WCP con % liste abbinate/determine/protocollo >= 80%	Giorni liquidazione fattura ≤ 40 dalla registrazione	Obiettivo rimodulabile in corso d'anno sulla base degli esiti previsti dalla Legge N.145/2018 e D.G.R. N. 1487/2019 Al netto delle fatture contestate. Certificato dall'AGRF
2	3 4	Appropriatezza prescrittiva	M	Relazione trimestrale sulla verifica dei comportamenti prescrittivi inappropriati, sulla base dei report trimestrali sull'appropriatezza da parte dell'Area Farmaceutica	N. 2 Relazioni trimestrali da inviare alla Direzione Generale	D.D. N. 16 del 30/12/2016 Dip. Promozione Salute. Indicare nella Relazione conclusiva i Numeri di protocollo
3	3	Controllo della spesa	A	Completa gestione degli ordini informatizzati degli Ausili per incontinenza ad assorbenza tramite i sistemi aziendali	N. fatture collegate a ordini > 90% delle fatture registrate a partire dalla data di validazione della procedura da parte del DAPI	Certificato dall'U.O. Controllo di Gestione (n. fatture collegate ad ordini e n. ordini non collegati a fatture)
4	1 3	Controllo della Spesa	B	Revisione e adozione della procedura per la prescrizione di Protesi/Presidi/Ausili da privato e in distribuzione diretta in applicazione del DPCM 12/01/2017	Proposta di Delibera	Obiettivo in comune a tutti i Distretti. Coordinato dal DSS Bari
5	3	Efficienza organizzativa	B	Standardizzazione delle procedure amministrative e definizione delle funzioni amministrative svolte dai DSS e relativa proposta di delega di funzioni	Verbale di condivisione della Proposta di mappatura delle deleghe entro il 31/01/2020	Obiettivo comune tra UOC Dir. Amministrativa DAPI (coordinatore) e DSS.
6	1 3	Efficienza organizzativa	M	Procedure di Gara sotto soglia affidate dalla Dir. Amministrativa DAPI	Atto di indizione o aggiudicazione di almeno una procedura di gara	
7	2 3	Assistenza domiciliare	A	Piani di miglioramento per la riduzione dell'Effort negativo dei PAI registrati dal Distretto	% Effort negativi ≤ 50%	Al netto delle Cure palliative per Malati Terminali. Certificato dal Controllo di Gestione
8	3	Potenziamento della copertura vaccinale	A	Vaccinazione anti influenzale degli operatori sanitari	N. operatori vaccinati 2020 > 2019	Registrazione vaccinazioni sul Sistema GIAVA. Obiettivo condiviso tra Dip. Prevenzione, Sorveglianza Sanitaria, DSM, DDP, DMPO e DSS. Certificato dalla Direz. del Dipartimento Prevenzione
9	3	Efficienza organizzativa	M	Procedura per la corretta gestione dei campioni biologici (esecuzione prelievo e raccolta del campione) e trasporto dai Centri Prelievo ai Laboratori di riferimento (Hub e Spoke)	Invio con mail della procedura all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità entro il 31/12/2020	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Patologia Clinica, Direzioni DSS e Farmacia Territoriale. Coordinato da U.O. Patologia Clinica P.O. Murgia
11	3	Efficienza organizzativa	M	Analisi del fabbisogno specialistica ambulatoriale per DSS	Relazione al Direttore Sanitario entro il 31/12/2020	
14	3	Efficienza organizzativa	M	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale	Riscontro entro 10 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo	Certificato dal Direttore Amministrativo Aziendale

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera équipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera équipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DISTRETTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

UNITA' OPERATIVA

UOC Distretto S.S. n. 12

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture rispetto all'alimentazione software WCP con % liste abbinate/determine/protocollo >= 80%	Giorni liquidazione fattura ≤ 40 dalla registrazione	Obiettivo rimodulabile in corso d'anno sulla base degli esiti previsti dalla Legge N.145/2018 e D.G.R. N. 1487/2019 Al netto delle fatture contestate. Certificato dall'AGRF
2	3 4	Appropriatezza prescrittiva	M	Relazione trimestrale sulla verifica dei comportamenti prescrittivi inappropriati, sulla base dei report trimestrali sull'appropriatezza da parte dell'Area Farmaceutica	N. 2 Relazioni trimestrali da inviare alla Direzione Generale	D.D. N. 16 del 30/12/2016 Dip. Promozione Salute. Indicare nella Relazione conclusiva i Numeri di protocollo
3	3	Controllo della spesa	A	Completa gestione degli ordini informatizzati degli Ausili per incontinenza ad assorbenza tramite i sistemi aziendali	N. fatture collegate a ordini > 90% delle fatture registrate a partire dalla data di validazione della procedura da parte del DAPI	Certificato dall'U.O. Controllo di Gestione (n. fatture collegate ad ordini e n. ordini non collegati a fatture)
4	1 3	Controllo della Spesa	B	Revisione e adozione della procedura per la prescrizione di Protesi/Presidi/Ausili da privato e in distribuzione diretta in applicazione del DPCM 12/01/2017	Proposta di Delibera	Obiettivo in comune a tutti i Distretti. Coordinato dal DSS BA
5	3	Efficienza organizzativa	B	Standardizzazione delle procedure amministrative e definizione delle funzioni amministrative svolte dai DSS e relativa proposta di delega di funzioni	Verbale di condivisione della Proposta di mappatura delle deleghe entro il 31/01/2020	Obiettivo comune tra UOC Dir. Amministrativa DAPI (coordinatore) e DSS.
6	1 3	Efficienza organizzativa	M	Procedure di Gara sotto soglia affidate dalla Dir. Amministrativa DAPI	Atto di indizione o aggiudicazione di almeno una procedura di gara	
7	2 3	Assistenza domiciliare	A	Piani di miglioramento per la riduzione dell'Effort negativo dei PAI registrati dal Distretto	% Effort negativi ≤ 50%	Al netto delle Cure palliative per Malati Terminali. Certificato dal Controllo di Gestione
8	3	Potenziamento della copertura vaccinale	A	Vaccinazione anti influenzale degli operatori sanitari	N. operatori vaccinati 2020 > 2019	Registrazione vaccinazioni sul Sistema GIAVA. Obiettivo condiviso tra Dip. Prevenzione, Sorveglianza Sanitaria, DSM, DDP, DMPO e DSS. Certificato dalla Direz. del Dipartimento Prevenzione
9	3	Efficienza organizzativa	M	Procedura per la corretta gestione dei campioni biologici (esecuzione prelievo e raccolta del campione) e trasporto dai Centri Prelievo ai Laboratori di riferimento (Hub e Spoke)	Invio con mail della procedura all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità entro il 31/12/2020	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Patologia Clinica, Direzioni DSS e Farmacia Territoriale. Coordinato da U.O. Patologia Clinica P.O. Murgia
11	3	Efficienza organizzativa	M	Analisi del fabbisogno specialistica ambulatoriale per DSS	Relazione al Direttore Sanitario entro il 31/12/2020	
14	3	Efficienza organizzativa	M	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale	Riscontro entro 10 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo	Certificato dal Direttore Amministrativo Aziendale

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera équipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera équipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DISTRETTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

UNITA' OPERATIVA

UOC Distretto S.S. n. 13

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture rispetto all'alimentazione software WCP con % liste abbinate/determine/protocollo >= 80%	Giorni liquidazione fattura ≤ 40 dalla registrazione	Obiettivo rimodulabile in corso d'anno sulla base degli esiti previsti dalla Legge N.145/2018 e D.G.R. N. 1487/2019 Al netto delle fatture contestate. Certificato dall'AGRF
2	3 4	Appropriatezza prescrittiva	M	Relazione trimestrale sulla verifica dei comportamenti prescrittivi inappropriati, sulla base dei report trimestrali sull'appropriatezza da parte dell'Area Farmaceutica	N. 2 Relazioni trimestrali da inviare alla Direzione Generale	D.D. N. 16 del 30/12/2016 Dip. Promozione Salute. Indicare nella Relazione conclusiva i Numeri di protocollo
3	3	Controllo della spesa	A	Completa gestione degli ordini informatizzati degli Ausili per incontinenza ad assorbenza tramite i sistemi aziendali	N. fatture collegate a ordini > 90% delle fatture registrate a partire dalla data di validazione della procedura da parte del DAPI	Certificato dall'U.O. Controllo di Gestione (n. fatture collegate ad ordini e n. ordini non collegati a fatture)
4	1 3	Controllo della Spesa	B	Revisione e adozione della procedura per la prescrizione di Protesi/Presidi/Ausili da privato e in distribuzione diretta in applicazione del DPCM 12/01/2017	Proposta di Delibera	Obiettivo in comune a tutti i Distretti. Coordinato dal DSS Bari
5	3	Efficienza organizzativa	B	Standardizzazione delle procedure amministrative e definizione delle funzioni amministrative svolte dai DSS e relativa proposta di delega di funzioni	Verbale di condivisione della Proposta di mappatura delle deleghe entro il 31/01/2020	Obiettivo comune tra UOC Dir. Amministrativa DAPI (coordinatore) e DSS.
6	1 3	Efficienza organizzativa	M	Procedure di Gara sotto soglia affidate dalla Dir. Amministrativa DAPI	Atto di indizione o aggiudicazione di almeno una procedura di gara	
7	2 3	Assistenza domiciliare	A	Piani di miglioramento per la riduzione dell'Effort negativo dei PAI registrati dal Distretto	% Effort negativi ≤ 50%	Al netto delle Cure palliative per Malati Terminali Certificato dal Controllo di Gestione
8	3	Potenziamento della copertura vaccinale	A	Vaccinazione anti influenzale degli operatori sanitari	N. operatori vaccinati 2020 > 2019	Registrazione vaccinazioni sul Sistema GIAVA Obiettivo condiviso tra Dip. Prevenzione, Sorveglianza Sanitaria, DSM, DDP, DMPO e DSS. Certificato dalla Direz. del Dipartimento Prevenzione
9	3	Efficienza organizzativa	M	Procedura per la corretta gestione dei campioni biologici (esecuzione prelievo e raccolta del campione) e trasporto dai Centri Prelievo ai Laboratori di riferimento (Hub e Spoke)	Invio con mail della procedura all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità entro il 31/12/2020	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Patologia Clinica, Direzioni DSS e Farmacia Territoriale. Coordinato da U.O. Patologia Clinica P.O. Murgia
11	3	Efficienza organizzativa	M	Analisi del fabbisogno specialistica ambulatoriale per DSS	Relazione al Direttore Sanitario entro il 31/12/2020	
14	3	Efficienza organizzativa	M	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale	Riscontro entro 10 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo	Certificato dal Direttore Amministrativo Aziendale

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera équipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera équipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DISTRETTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

UNITA' OPERATIVA

UOC Distretto S.S. n. 14

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture rispetto all'alimentazione software WCP con % liste abbinate/determine/protocollo >= 80%	Giorni liquidazione fattura ≤ 40 dalla registrazione	Obiettivo rimodulabile in corso d'anno sulla base degli esiti previsti dalla Legge N.145/2018 e D.G.R. N. 1487/2019 Al netto delle fatture contestate. Certificato dall'AGRF
2	3 4	Appropriatezza prescrittiva	M	Relazione trimestrale sulla verifica dei comportamenti prescrittivi inappropriati, sulla base dei report trimestrali sull'appropriatezza da parte dell'Area Farmaceutica	N. 2 Relazioni trimestrali da inviare alla Direzione Generale	D.D. N. 16 del 30/12/2016 Dip. Promozione Salute. Indicare nella Relazione conclusiva i Numeri di protocollo
3	3	Controllo della spesa	A	Completa gestione degli ordini informatizzati degli Ausili per incontinenza ad assorbenza tramite i sistemi aziendali	N. fatture collegate a ordini > 90% delle fatture registrate a partire dalla data di validazione della procedura da parte del DAPI	Certificato dall'U.O. Controllo di Gestione (n. fatture collegate ad ordini e n. ordini non collegati a fatture)
4	1 3	Controllo della Spesa	B	Revisione e adozione della procedura per la prescrizione di Protesi/Presidi/Ausili da privato e in distribuzione diretta in applicazione del DPCM 12/01/2017	Proposta di Delibera	Obiettivo in comune a tutti i Distretti. Coordinato dal DSS Bari
5	3	Efficienza organizzativa	B	Standardizzazione delle procedure amministrative e definizione delle funzioni amministrative svolte dai DSS e relativa proposta di delega di funzioni	Verbale di condivisione della Proposta di mappatura delle deleghe entro il 31/01/2020	Obiettivo comune tra UOC Dir. Amministrativa DAPI (coordinatore) e DSS.
6	1 3	Efficienza organizzativa	M	Procedure di Gara sotto soglia affidate dalla Dir. Amministrativa DAPI	Atto di indizione o aggiudicazione di almeno una procedura di gara	
7	2 3	Assistenza domiciliare	A	Piani di miglioramento per la riduzione dell'Effort negativo dei PAI registrati dal Distretto	% Effort negativi ≤ 50%	Al netto delle Cure palliative per Malati Terminali. Certificato dal Controllo di Gestione
8	3	Potenziamento della copertura vaccinale	A	Vaccinazione anti influenzale degli operatori sanitari	N. operatori vaccinati 2020 > 2019	Registrazione vaccinazioni sul Sistema GIAVA. Obiettivo condiviso tra Dip. Prevenzione, Sorveglianza Sanitaria, DSM, DDP, DMPO e DSS. Certificato dalla Direz. del Dipartimento Prevenzione
9	3	Efficienza organizzativa	M	Procedura per la corretta gestione dei campioni biologici (esecuzione prelievo e raccolta del campione) e trasporto dai Centri Prelievo ai Laboratori di riferimento (Hub e Spoke)	Invio con mail della procedura all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità entro il 31/12/2020	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Patologia Clinica, Direzioni DSS e Farmacia Territoriale. Coordinato da U.O. Patologia Clinica P.O. Murgia
11	3	Efficienza organizzativa	M	Analisi del fabbisogno specialistica ambulatoriale per DSS	Relazione al Direttore Sanitario entro il 31/12/2020	
13	3	Efficienza organizzativa	M	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale	Riscontro entro 10 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo	Certificato dal Direttore Amministrativo Aziendale

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera équipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera équipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE DISTRETTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

UNITA' OPERATIVA

UOC Direzione Amministrativa Dipartimento Cure Primarie

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 3	Efficienza organizzativa	A	Definizione dell'AS IS delle procedure amministrative e definizione del TO BE, con l'individuazione delle Best Practices tese alla formalizzazione di procedure standardizzate per tutti i DSS	Almeno 5 procedure standardizzate trasmesse alla Direzione Amministrativa	Allegare alla Relazione finale i Numeri di Protocollo delle Note di trasmissione
2 3	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	M	Monitoraggio per DSS dei tempi di pagamento delle fatture con peggiori performance e conseguente incontro con il personale addetto	Almeno 1 Verbale di incontro con ciascun DSS	Verbali da allegare alla Relazione finale
3 3	Efficienza organizzativa	M	Azioni propedeutiche per il monitoraggio delle Macrostrutture sull'attività libero professionale per la verifica del rispetto del vincolo di non superamento dei volumi di attività istituzionale	Invio mensile dei dati relativi all'attività ALPI alle Macrostrutture interessate, necessari al monitoraggio del non superamento dei volumi di attività istituzionale	Allegare Note di protocollo degli invii
4 3	Efficienza organizzativa	B	Definizione delle funzioni amministrative svolte dai DSS e relativa proposta di delega di funzioni	Proposta di mappatura delle deleghe entro il 31/01/2020	Obiettivo comune tra UOC Dir. Amministrativa DAPI (coordinatore) e DSS.
5 3	Efficienza organizzativa	A	Espletamento Gare sotto soglia dopo la ricezione dei capitolati tecnici (DDG 2161/2016)	Aggiudicazione di N. 2 gare	Le gare devono essere svolte con la collaborazione dei Dirigenti Amm.vi dei Distretti (individuati nella veste di RUP)
6 3	Efficienza organizzativa	A	Coordinamento Procedure di Gara sotto soglia assegnate ai DD.SS.SS.	Assegnazione di almeno una procedura di gara per DSS per almeno 10 DD.SS.SS.	
7 3	Efficienza organizzativa	A	Indizione Gara di fornitura, installazione, manutenzione, monitoraggio ed assistenza tecnica di riscuoltrici automatiche	Proposta Delibera di indizione entro il 30/04/2020	
8 3	Efficienza organizzativa	M	Elaborazione Piano fabbisogni dei beni durevoli dell'Assistenza Territoriale propedeutico alla redazione del Piano degli Investimenti 2021-2022	Invio alla U.O. Ingegneria Clinica	Allegare Nota di protocollo dell'invio alla Relazione finale
9 2	Efficienza organizzativa	M	Standardizzazione delle informazioni all'utenza nei front-office	Proposta alla Direzione Strategica su tipologia e modalità informativa	Obiettivo condiviso tra Direzione Amministrativa Dipartimento Cure Primarie (Coordinatore), URP e Direzioni Amministrative PP.OO.
10 3	Efficienza organizzativa	M	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale	Riscontro entro 10 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo	Certificato dal Direttore Amministrativo Aziendale

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera équipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera équipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

DIRETTORE U.O.C.

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

UNITA' OPERATIVA

UOC Cure Palliative

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3 2	Clinical governance	A	Procedura per cure palliative destinati a persone affette da malattie rare	Invio con mail della Procedura elaborata secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Obiettivo condiviso tra Centro Territoriale Malattie Rare (Coordinatore) e U.O.C. Cure Palliative. Allegare mail di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale
3	3 2	Efficienza organizzativa	A	Attivazione di ambulatori di cure simultanee presso le 4 Macroree della UOS FCA (DDG 1252/2019)	Attivazione di N.4 ambulatori	Sedi di Terlizzi, Conversano, Grumo A., Triggiano
4	3	Qualità flussi informativi	M	Trasmissione mensile al CdG dei dati relativi alle attività degli Hospice	Trasmissione dei dati entro la fine del mese successivo a quello di riferimento mediante file Excel	Dovrà essere utilizzato un tracciato record definito dal CdG. Certificato dal CdG
5	3	Qualità flussi informativi	M	Trasmissione mensile al CdG del numero degli accessi in ADI da parte del personale dipendente, distinto per Macroarea, tipologia di operatore e tipologia di prestazione	Trasmissione dei dati entro la fine del mese successivo a quello di riferimento mediante file Excel	Dovrà essere utilizzato un tracciato record definito dal CdG. Certificato dal CdG

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta in data 20/12/2019

Rimodulata nel Settembre 2020

DIRETTORE U.O.C.

DIRETTORE GENERALE