

DIPARTIMENTO Dipartimento Amministrativo
UNITA' OPERATIVA UOC Area Gestione Risorse Umane

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione	Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dal Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021-2023 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
2	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Trasparenza	Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui al Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021-2023	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009
3	3	Efficienza organizzativa	A	Circolare operativa per l'applicazione della normativa sul "Tempo tuta" e Proposta di Contratto Integrativo a stralcio, ai sensi dell'Art. 27 CCNL 2016-2018 del 22 Maggio 2018	Entro il 30/09/2021	Obiettivo condiviso tra SBL e AGRU
4	3 1	Efficienza organizzativa	A	Ciclo della Performance: Procedura per la definizione dei criteri per l'attribuzione delle quote spettanti a titolo di premialità al personale dipendente	Proposta di aggiornamento dei criteri e discussione in Delegazione Trattante di tutte le OO.SS. entro il 30/06/2021	
5	3	Efficienza organizzativa	M	Attivazione Procedura per il perfezionamento delle procedure di reclutamento del personale convenzionato in modalità remota	Attivazione Procedura in via sperimentale riferito ad una categoria di personale convenzionato entro il 30/11/2021	Convocazione online e firma contratto mediante firma digitale
6	3	Efficienza organizzativa	M	Attivazione Procedura per il perfezionamento delle procedure di reclutamento del personale dipendente in modalità remota	Attivazione Procedura in via sperimentale entro il 30/11/2021	Convocazione online e firma contratto mediante firma digitale
7	3	Efficienza organizzativa	M	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale	Riscontro entro 15 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo	Certificato dal Direttore Amministrativo Aziendale
8	3 1	Efficienza organizzativa	A	Stesura del Contratto Integrativo Aziendale relativo all'Area della Dirigenza P.T.A.	Trasmissione alle OO.SS. per la discussione in Delegazione Trattante entro il 30/11/2021	
9	3	Efficienza organizzativa	A	Predisposizione del Capitolato tecnico per l'esternalizzazione della Rilevazione Presenze	Proposta di Capitolato tecnico all'AGP entro il 30/04/2021	
10	3	Efficienza organizzativa	A	Definizione delle procedure concorsuali già attivate a tutto il 31/12/2019 per le Strutture Complesse entro il 30/11/2021	Attivazione del 90% delle procedure concorsuali attivate	
11	1 3	Efficienza organizzativa	A	Elaborazione di una Procedura per la gestione amministrativo-contabile dell'ALPI (fatturazione all'utenza ed incasso tramite POS)	Invio Proposta della Procedura alla Direzione Amministrativa entro il 30/06/2021	Obiettivo condiviso tra Direzioni Amministrative di P.O, AGRF e 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 nel Gennaio 2021

Rimodulata nel Settembre 2021

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE AREA

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO Dipartimento Amministrativo
 UNITA' OPERATIVA UOC Area Gestione Risorse Finanziarie

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione	Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dal Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021-2023 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
2	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Trasparenza	Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui al Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021-2023	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009
3	1	Efficienza organizzativa	A	Dematerializzazione ciclo passivo	Implementazione a regime, entro il 31/10/2021, del fascicolo amministrativo elettronico per il ciclo passivo	Obiettivo condiviso tra AGRF e Sistemi Informativi
4	3	Efficienza organizzativa	M	Predisposizione Regolamento per l'Inventario dei beni mobili	Trasmissione del Regolamento alla Direzione Amministrativa Aziendale	Obiettivo condiviso tra AGRF e AGP
5 #	1	Rispetto dei tempi di pagamento	A	Tempo medio annuo di pagamento delle fatture dopo la liquidazione delle stesse	2021 <= 2020	Dati rilevati da Cruscoetto Qlikview su ITP (Data pagamento - Data liquidazione) [con tolleranza del 5%]
6	3	Efficienza organizzativa	A	Deflazionamento delle procedure esecutive	N.4 report trimestrali da inviare alla Direzione Strategica sul potere sostitutivo nelle procedure esecutive	
7	3	Efficienza organizzativa	M	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale	Riscontro entro 15 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo	Certificato dal Direttore Amministrativo Aziendale
8	3	Efficienza organizzativa	M	Ampliamento dell'offerta per il pagamento delle prestazioni attive del Dipartimento di Prevenzione tramite il sistema PagoPA	Totale incassi 2021 tramite il sistema PagoPA >0	Obiettivo condiviso con Sistemi Informativi e Direzione del Dipartimento di Prevenzione.
9	1	Certificazione dei Bilanci	A	Adempimenti propedeutici al completamento del Percorso Attuativo Certificabilità dei Bilanci	Certificazione Stato Patrimoniale 2020	
10	1	Efficienza organizzativa	M	Svincolo delle somme vincolate per pignoramenti	Somme vincolate per pignoramento 2021 = 2020 - 20%	Inclusi eventuali pignoramenti relativi alla gestione liquidatoria. Obiettivo condiviso tra AGRF e SBL
11	1 3	Efficienza organizzativa	A	Elaborazione di una Procedura per la gestione amministrativo-contabile dell'ALPI (fatturazione all'utenza ed incasso tramite POS)	Invio Proposta della Procedura alla Direzione Amministrativa entro il 30/06/2021	Obiettivo condiviso tra Direzioni Amministrative di P.O, AGRF e 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 nel Gennaio 2021

Rimodulata nel Settembre 2021

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE AREA

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO Dipartimento investimenti, acquisti e tecnologie

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	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione	Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dal Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021-2023 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
3	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Trasparenza	Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui al Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021-2023	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009
4	3	Efficienza organizzativa	M	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale	Riscontro entro 15 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo	Certificato dal Direttore Amministrativo Aziendale
5	1	Efficienza organizzativa	A	Dematerializzazione ciclo passivo	Implementazione a regime, entro il 31/10/2021, del fascicolo amministrativo elettronico per il ciclo passivo	Obiettivo condiviso tra Sistemi Informativi e AGRF
6	3	Efficienza organizzativa	A	Predisposizione del capitolato per la gara di gestione della "Server Farm" aziendale	Trasmissione del capitolato all'AGP	
7	3	Efficienza organizzativa	A	Predisposizione del capitolato per la gara di fornitura in outsourcing della gestione del protocollo e dei provvedimenti amministrativi	Trasmissione del capitolato all'AGP entro il 28/02/2021	Obiettivo condiviso tra Sistemi Informativi e AGP
8	3	Efficienza organizzativa	M	Ampliamento dell'offerta per il pagamento delle prestazioni attive del Dipartimento di Prevenzione tramite il sistema PagoPA	Totale incassi 2021 tramite il sistema PagoPA >0	Obiettivo condiviso con Sistemi Informativi e Direzione del Dipartimento di Prevenzione.
9	3	Sanità digitale	M	Realizzazione del portale di riferimento aziendale relativo alla sicurezza delle cure sulla base della normativa regionale e nazionale	Attivazione del Sito Internet entro il 31/12/2021	Obiettivo condiviso tra U.O.A.S.S.I. e U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità
10	3	Sanità digitale	M	Predisposizione del capitolato per la gara relativa all'implementazione di una piattaforma per la mappatura e la gestione del rischio sanitario.	Trasmissione del capitolato all'AGP	Obiettivo condiviso tra U.O.A.S.S.I. e U.O. Gestione del 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 nel Gennaio 2021

Rimodulata nel Settembre 2021

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Servizi di Staff

UNITA' OPERATIVA
UOC Struttura Burocratico Legale

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione	Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dal Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021-2023 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
2	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Trasparenza	Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui al Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021-2023	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009
3	3	Efficienza organizzativa	M	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale	Riscontro entro 15 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo	Certificato dal Direttore Amministrativo Aziendale
4	3	Efficienza organizzativa	A	Circolare operativa per l'applicazione della normativa sul "Tempo tuta" e Proposta di Contratto Integrativo a stralcio, ai sensi dell'Art. 27 CCNL 2016-2018 del 22 Maggio 2018	Entro il 30/09/2021	Obiettivo condiviso tra SBL e AGRU
5	3	Efficienza organizzativa	A	Aggiornamento del Regolamento per la gestione assicurativa e amministrativa dei sinistri e delle controversie da responsabilità sanitaria	Proposta di Atto Deliberativo entro il 30/04/2021	Obiettivo condiviso tra SBL e UO Gestione del Rischio Clinico e Qualità
6	3	Gestione del Contenzioso	A	Protocollo per la pianificazione della comunicazione interna relativa all'istruttoria propedeutica alla gestione del contenzioso	Trasmissione del Protocollo alla Direzione Amministrativa entro il 31/12/2021	
7	1	Efficienza organizzativa	A	Attivazione recupero somme nei confronti dei Comuni morosi	Almeno il 20% dei Comuni interessati	
8	1	Efficienza organizzativa	M	Svincolo delle somme vincolate per pignoramenti	Somme vincolate per pignoramento 2021 = 2020 - 20%	Inclusi eventuali pignoramenti relativi alla gestione liquidatoria. Obiettivo condiviso tra AGRF e SBL

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 nel Gennaio 2021
Rimodulata nel Settembre 2021
DIRETTORE U.O.C.
DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO Dipartimento di Prevenzione
UNITA' OPERATIVA UOC D. PREV. - SISP - 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 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 Per le determine di liquid. per incarichi di natura autonoma per emergenza COVID considerare la data della fattura più recente.
2	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione	Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dal Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021-2023 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da 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
8 #	3	Potenziamento attività di Sorveglianza e Prevenzione Malattie Infettive Trasmissibili	A	Vaccinazione antimeningococco B: completamento 3' dose su Coorte 2019	80%	
9 #	3	Potenziamento attività di Sorveglianza e Prevenzione Malattie Infettive Trasmissibili	A	Vaccinazione antimeningococco Tetravalente Coorte 2007	70%	
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. controlli su Piscine Pubbliche o Private espletati / N. richieste di controllo Piscine Pubbliche o Private pervenute	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 nel Gennaio 2021

Rimodulata nel Settembre 2021

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO Dipartimento di Prevenzione
UNITA' OPERATIVA **UOC D. PREV. - SISP - 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 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 Per le determine di liquid. per incarichi di natura autonoma per emergenza COVID considerare la data della fattura più recente.
2	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione	Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dal Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021-2023 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da 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	Potenziamento attività di Sorveglianza e Prevenzione Malattie Infettive Trasmissibili	A	Vaccinazione antimeningococco B: completamento 3' dose su Coorte 2019	80%	
7 #	3	Potenziamento attività di Sorveglianza e Prevenzione Malattie Infettive Trasmissibili	A	Vaccinazione antimeningococco Tetravalente Coorte 2007	70%	
8	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
9	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
10	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 nel Gennaio 2021

Rimodulata nel Settembre 2021

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO Dipartimento di Prevenzione
UNITA' OPERATIVA UOC D. PREV. - SISP - 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 Per le determine di liquid. per incarichi di natura autonoma per emergenza COVID considerare la data della fattura più recente.
2	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione	Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dal Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021-2023 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da 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	Potenziamento attività di Sorveglianza e Prevenzione Malattie Infettive Trasmissibili	A	Vaccinazione antimeningococco B: completamento 3' dose su Coorte 2019	80%	
7 #	3	Potenziamento attività di Sorveglianza e Prevenzione Malattie Infettive Trasmissibili	A	Vaccinazione antimeningococco Tetravalente Coorte 2007	70%	
8	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	10%	Triennio 2019/2021
9	3	Potenziamento attività di controllo	A	N. controlli su Piscine Pubbliche o Private/N. richieste di controllo Piscine Pubbliche o Private pervenute	100%	Come da Programma Regionale, giusta nota della Regione Puglia AOO 152/2205 del 30.6.2020
10	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 nel Gennaio 2021

Rimodulata nel Settembre 2021

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO Dipartimento di 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	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione	Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dal Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021-2023 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da 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	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. dati e relazione conclusiva con individuazione di eventuali proposte correttive a cura dell'UO da inviare entro il 31/12 alla Direz. del Dipartimento
6	3	Efficienza dei Servizi di Prevenzione	A	N. aziende ispezionate/N. aziende con dipendenti	4%	Subordinato alla integrazione della dotazione organica Spesal di cui alla DDG 1178 del 5/7/2019
7	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
8	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	20	Report riepilogativo da inviare al Direttore del Dipartimento.Fonte: Registri di attività
9	3	Salute e sicurezza nei luoghi di lavoro: Piano MSK	A	Numero di aziende verificate per il rischio MSK	20	Report riepilogativo da inviare al Direttore del Dipartimento.Fonte: Registri di attività
10	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 nel Gennaio 2021

Rimodulata nel Settembre 2021

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO Dipartimento di Prevenzione
UNITA' OPERATIVA UOC D. PREV. - SPESAL - 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 Dipartimento di Prevenzione.Certificato dalla Direzione del Dipartimento
2	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione	Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dal Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021-2023 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da 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	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	4%	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	> 6.5%	Report riepilogativo da inviare al Direttore del Dipartimento.Fonte: Registri di attività
9	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	10	Report riepilogativo da inviare al Direttore del Dipartimento.Fonte: Registri di attività
10	3	Salute e sicurezza nei luoghi di lavoro: Piano MSK	A	Numero di aziende verificate per il rischio MSK	15	Report riepilogativo da inviare al Direttore del Dipartimento.Fonte: Registri di attività
11	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 nel Gennaio 2021

Rimodulata nel Settembre 2021

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO Dipartimento di Prevenzione
UNITA' OPERATIVA UOC D. PREV. - SIAN - 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	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione	Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dal Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021-2023 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da 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	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 che sarà trasmessa al Direttore del Dipartimento 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	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
8	3	Formazione	B	Formazione operatori di settore Alimentare (OSA)	Organizzazione di almeno un Corso per Macroarea riguardante Celiachia/Allergie alimentari	Nella Relazione di fine anno descrivere data, sede, argomento e n. partecipanti
10	3	Promozione sicurezza alimentare	A	Controlli congiunti con SIAV B su ristorazione scolastica e Socio Assistenziale	Almeno 2 verifiche	Obiettivo condiviso con U.O.C. SIAV B
11	3	Implementazione Piano Regionale CC.UU. di residui di prodotti fitosanitari	A	Controlli ispettivi e documentali e prelievo campioni operati/totali controlli ispettivi e documentali e prelievo campioni	0.8	
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 nel Gennaio 2021

Rimodulata nel Settembre 2021

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO Dipartimento di Prevenzione
UNITA' OPERATIVA UOC D. PREV. - SIAN - 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 Dipartimento di Prevenzione. Certificato dalla Direzione del Dipartimento
2	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione	Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dal Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021-2023 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da 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	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 che sarà trasmessa al Direttore del Dipartimento 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	3	Promozione sicurezza alimentare	A	Controlli mirati utilizzo di sale iodato presso ristorazione collettiva	≥ 30	Completamento biennio precedente
8	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
9	3	Formazione	A	Elaborazione di protocollo operativo per controlli congiunti con SIAV B su ristorazione	Presentazione del protocollo a tutto il personale SIAN e SIAV B	Obiettivo condiviso con UOC SIAV B. Nella Relazione di fine anno descrivere data, sede, argomento e n. partecipanti
10	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
11	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 nel Gennaio 2021

Rimodulata nel Settembre 2021

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO Dipartimento di Prevenzione
UNITA' OPERATIVA UOC D. PREV. - SIAN - 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	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione	Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dal Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021-2023 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da 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
5	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 che sarà trasmessa al Direttore del Dipartimento 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
8	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
9	3	Promozione sicurezza alimentare	A	Controlli su attività di deposito produzione e commercializzazione MOCA	Almeno 5 controlli	PRC 2018-2020
10	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
11	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 nel Gennaio 2021

Rimodulata nel Settembre 2021

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO Dipartimento di 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	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione	Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dal Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021-2023 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da 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	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	3	Controllo e contenimento randagismo	A	cani randagi catturati identificati ed iscritti Anagrafe Canina Regionale / cani randagi catturati	100%	
8	3	Controlli sugli allevamenti	A	allevamenti ovini controllati per Scrapie classica / tot.allevamenti ovini	100%	
9	3	Controlli sugli allevamenti	A	allevamenti controllati per TBC e LEB bovina / tot.allev. Bovini	100%	
10	3	Controlli sugli allevamenti	A	allevamenti controllati per BR ovi-caprina / tot.allevamenti ovi-caprini	100%	
11	3	Controlli sugli allevamenti	A	allevamenti controllati semestralmente per BR bovina / tot.allev.bovini	100%	
12	3	Piano regionale finalizzato all'eradicazione della Malattia di Aujeszky	A	allevamenti controllati per Aujeszky / tot.allevamenti suini	100%	
13	3	Controlli sugli allevamenti	A	allevamenti equini controllati / tot. allevamenti equini presenti in anagrafe	≥ 5%	
14	3	Controlli sugli allevamenti	A	modello 4 elettronico / modello 4 movimentazione equidi richiesti	≥ 20%	
15	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.
16	3	Riduzione costi	A	Costi utilizzo mezzo proprio 2021 / costi utilizzo mezzo proprio 2020	<= 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 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 nel Gennaio 2021

Rimodulata nel Settembre 2021

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO Dipartimento di 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	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione	Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dal Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021-2023 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da 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	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	3	Controllo e contenimento randagismo	A	cani randagi catturati identificati ed iscritti Anagrafe Canina Regionale / cani randagi catturati	100%	
8	3	Controlli sugli allevamenti	A	allevamenti ovini controllati per Scrapie classica / tot.allevamenti ovini	100%	
9	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
10	3	Controlli sugli allevamenti	A	allevamenti controllati per BR ovi-caprina / tot.allevamenti ovi-caprini	100%	
11	3	Controlli sugli allevamenti	A	allevamenti controllati semestralmente per BR bovina / tot.allev.bovini	100%	
12	3	Piano regionale finalizzato all'eradicazione della Malattia di Aujeszky	A	allevamenti controllati per Aujeszky / tot.allevamenti suini	100%	
13	3	Controlli sugli allevamenti	A	allevamenti equini controllati / tot. allevamenti equini in anagrafe	≥ 5%	
14	3	Controlli sugli allevamenti	A	modello 4 elettronico / modello 4 movimentazione equidi richiesti	≥ 20%	
15	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. prop.corrett. a cura dell'UO da inviare entro 31/12 alla Dir.Dip.
16	3	Riduzione costi	A	Costi utilizzo mezzo proprio 2021 / costi utilizzo mezzo proprio 2020	<= 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 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 nel Gennaio 2021

Rimodulata nel Settembre 2021

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO Dipartimento di 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 abbinata/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	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione	Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dal Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021-2023 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da 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	B	Monitoraggio del grado di raggiungimento degli obiettivi	Trasmission 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	3	Controllo e contenimento randagismo	A	cani randagi catturati identificati ed iscritti Anagrafe Canina Regionale / cani randagi catturati	100%	
8	3	Controlli sugli allevamenti	A	allevamenti ovini controllati per Scrapie classica / tot.allevamenti ovini	100%	
9	3	Controlli sugli allevamenti	A	allevamenti controllati per TBC e LEB bovina / tot.allev. Bovini	100%	
10	3	Controlli sugli allevamenti	A	allevamenti controllati per BR ovi-caprina / tot.allevamenti ovi-caprini	100%	
11	3	Controlli sugli allevamenti	A	allevamenti controllati semestralmente per BR bovina / tot.allev.bovini	100%	
12	3	Piano regionale finalizzato all'eradicazione della Malattia di Aujeszky	A	allevamenti controllati per Aujeszky / tot.allevamenti suini	100%	
13	3	Controlli sugli allevamenti	A	allevamenti equini controllati / tot. allevamenti equini presenti in anagrafe	≥ 5%	
14	3	Controlli sugli allevamenti	A	modello 4 elettronico / modello 4 movimentazione equidi richiesti	≥ 20%	
15	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.
16	3	Riduzione costi	A	Costi utilizzo mezzo proprio 2021 / costi utilizzo mezzo proprio 2020	<= 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 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 nel Gennaio 2021

Rimodulata nel Settembre 2021

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO Dipartimento di Prevenzione

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

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	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
2	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione	Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dal Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021-2023 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
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	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	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	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
8	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
9	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
10	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	
11	3	Potenziamento dei controlli sulla sicurezza alimentare	A	Programmazione ed esecuzione di controlli congiunti con il SIAN sulla ristorazione scolastica e socioassistenziale	Almeno 2 verifiche	Obiettivo condiviso con UOC SIAN
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 nel Gennaio 2021

Rimodulata nel Settembre 2021

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

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

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	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
2	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione	Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dal Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021-2023 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
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	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	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	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
8	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
9	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
10	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	
11	3	Potenziamento dei controlli sulla sicurezza alimentare	A	Programmazione ed esecuzione di controlli congiunti con il SIAN sulla ristorazione scolastica e socioassistenziale	Almeno 2 verifiche	Obiettivo condiviso con UOC SIAN
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 nel Gennaio 2021

Rimodulata nel Settembre 2021

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

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

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	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
2	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione	Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dal Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021-2023 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
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	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	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	Potenziamento dei controlli sulla sicurezza alimentare	A	Controllo dei caseifici riconosciuti e registrati	Controllo del 10% dei caseifici riconosciuti e controllo del 5% dei caseifici registrati	utilizzo delle check list SEU predisposte dalla Regione Puglia
9	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
10	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 5% degli stabilimenti riconosciuti CE	
11	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
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 nel Gennaio 2021

Rimodulata nel Settembre 2021

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

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

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	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
2	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione	Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dal Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021-2023 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
3	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
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	3	Sorveglianza TSE ovini/caprini di età ≥ 18 mesi morti in allevamento	A	prelievi obex/sul totale prelevabile	0.75	Regolamento CE 999/2001
6	3	Potenziamento controlli ufficiali sul benessere animale in allevamento	A	Allevamenti controllabili/Allevamenti controllati	0.33	Indicazioni ministeriali DSGA 13029 del 13/07/2010
7	3	Sorveglianza BSE dei Bovini di età 48 mesi morti in allevamento	A	prelievi obex/sul totale prelevabile	0.75	Regolamento CE 999/2001
8	3	Attuazione Piano Nazionale Alimentazione Animale	A	n. campionamenti PNAA effettuati/numero campionamenti previsti	0.75	PNAA
9	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 DGSAF n.1466-P del 26.01.12.
10	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
11	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 nel Gennaio 2021

Rimodulata nel Settembre 2021

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento 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 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 4%	
4 # 3	Clinical governance	M	Percentuale Colectomie Laparoscopiche con D.M. postop. <3gg	≥ 70%	
5 # 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	
6 3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulla Raccomandazione n. 1	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 1075/2020	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. Cliniche e le Farmacie Ospedaliere. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
7 3	Integrazione Ospedale-Territorio	A	Protocollo per la gestione, nella Struttura ospedaliera di riferimento, delle complicanze insorgenti in pazienti in Day Service chirurgico/oculistico erogato presso Strutture Territoriali	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale della procedura per P.O.	Condiviso tra DSS 3, 5, 10, 12 e 13, UU.OO. Day Service Oculistico e Polispec. Chir. di Terlizzi, DMPO e UU.OO. di Chir. Gen., Ortop. e Ocul. dei P.O. "S. Paolo", Molfetta, Murgia, Di Venere, Monopoli e Putignano. Coordinato dalle DMPO
8 3	Clinical governance	A	Modello organizzativo per la gestione del trasporto dei materiali biologici, presidi, farmaci, materiale di consumo e cartaceo tra le UU.OO. del Presidio mediante l'utilizzo di personale condiviso	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale di una procedura per P.O.	Obiettivo condiviso tra le DMPO e le UU.OO. del Presidio. Coordinato dalle DMPO

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 nel Gennaio 2021
Rimodulata nel Settembre 2021
DIRETTORE DIPARTIMENTO
DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento di Area Chirurgica

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	Clinical governance	M	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
4 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
5 # 1	Sanità digitale	M	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
6 # 3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulla Raccomandazione n. 1	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 1075/2020	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. Cliniche e le Farmacie Ospedaliere. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
7 # 3	Clinical governance	A	Modello organizzativo per la gestione del trasporto dei materiali biologici, presidi, farmaci, materiale di consumo e cartaceo tra le UU.OO. del Presidio mediante l'utilizzo di personale condiviso	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale di una procedura per P.O.	Obiettivo condiviso tra le DMPO e le UU.OO. del Presidio. Coordinato dalle DMPO
8 # 3	Miglioramento della qualità assistenziale	A	Elaborazione di PDTA Aziendale del Carcinoma della Mammella sulla base del PDTA Regionale	Invio con mail del Protocollo elaborato secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità entro il 30/09/2021	Obiettivo in comune tra Chirurgia Senologica (coordin.), Chirurgia Plastica, Oncologia, Radiodiagn. Senologica, Rianimazione P.O. San Paolo, Med. Nucleare e Ginecologia P.O. Di Venere, Cure Palliative. Allegare mail di invio alla Relazione finale
9 # 2	Comunicazione istituzionale	A	Elaborazione della Carta dei Servizi della Breast Unit	Invio con mail alla U.O. Servizio di Informazione e Comunicazione istituzionale entro il 30/09/2021	Obiettivo in comune tra le UU.OO. di Chirurgia Senologica, Chirurgia Plastica, Oncologia e Radiodiagnostica Senologica del P.O. San Paolo. Coordinato da U.O. Chirurgia Senologica. Allegare mail di invio alla Relazione finale
10 # 3	Miglioramento della qualità assistenziale	A	Elaborazione di Regolamento di funzionamento della Breast Unit	Invio con mail del Regolamento alla Direzione Sanitaria Aziendale entro il 30/09/2021	Obiettivo in comune tra le UU.OO. di Chirurgia Senologica, Chirurgia Plastica, Oncologia e Radiodiagnostica Senologica del P.O. San Paolo. Coordinato da U.O. Chirurgia Senologica. 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 nel Gennaio 2021
Rimodulata nel Settembre 2021
DIRETTORE DIPARTIMENTO
DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento 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 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
3 # 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	
4 3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulla Raccomandazione n. 1	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 1075/2020	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. Cliniche e le Farmacie Ospedaliere. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
5 3	Clinical governance	A	Modello organizzativo per la gestione del trasporto dei materiali biologici, presidi, farmaci, materiale di consumo e cartaceo tra le UU.OO. del Presidio mediante l'utilizzo di personale condiviso	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale di una procedura per P.O.	Obiettivo condiviso tra le DMPO e le UU.OO. del Presidio. Coordinato dalle DMPO
6 3	Miglioramento della qualità assistenziale	A	Elaborazione di PDTA Aziendale del Carcinoma della Mammella sulla base del PDTA Regionale	Invio con mail del Protocollo elaborato secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità entro il 30/09/2021	Obiettivo in comune tra Chirurgia Senologica (coordin.), Chirurgia Plastica, Oncologia, Radiodiagn. Senologica, Rianimazione P.O. San Paolo, Med. Nucleare e Ginecologia P.O. Di Venere, Cure Palliative. Allegare mail di invio alla Relazione finale
7 2	Comunicazione istituzionale	A	Elaborazione della Carta dei Servizi della Breast Unit	Invio con mail alla U.O. Servizio di Informazione e Comunicazione istituzionale entro il 30/09/2021	Obiettivo in comune tra le UU.OO. di Chirurgia Senologica, Chirurgia Plastica, Oncologia e Radiodiagnostica Senologica del P.O. San Paolo. Coordinato da U.O. Chirurgia Senologica. Allegare mail di invio alla Relazione finale
8 3	Miglioramento della qualità assistenziale	A	Elaborazione di Regolamento di funzionamento della Breast Unit	Invio con mail del Regolamento alla Direzione Sanitaria Aziendale entro il 30/09/2021	Obiettivo in comune tra le UU.OO. di Chirurgia Senologica, Chirurgia Plastica, Oncologia e Radiodiagnostica Senologica del P.O. San Paolo. Coordinato da U.O. Chirurgia Senologica. 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 nel Gennaio 2021
Rimodulata nel Settembre 2021
DIRETTORE DIPARTIMENTO
DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento 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 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 4%	
4 # 3	Clinical governance	M	Percentuale Colectomie Laparoscopiche con D.M. postop. <3gg	≥ 70%	
5 # 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	
6 3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulla Raccomandazione n. 1	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 1075/2020	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. Cliniche e le Farmacie Ospedaliere. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
7 3	Integrazione Ospedale-Territorio	A	Protocollo per la gestione, nella Struttura ospedaliera di riferimento, delle complicanze insorgenti in pazienti in Day Service chirurgico/oculistico erogato presso Strutture Territoriali	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale della procedura per P.O.	Condiviso tra DSS 3, 5, 10, 12 e 13, UU.OO. Day Service Oculistico e Polispec. Chir. di Terlizzi, DMPO e UU.OO. di Chir. Gen., Ortop. e Ocul. dei P.O. "S. Paolo", Molfetta, Murgia, Di Venere, Monopoli e Putignano. Coordinato dalle DMPO
8 3	Clinical governance	A	Modello organizzativo per la gestione del trasporto dei materiali biologici, presidi, farmaci, materiale di consumo e cartaceo tra le UU.OO. del Presidio mediante l'utilizzo di personale condiviso	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale di una procedura per P.O.	Obiettivo condiviso tra le DMPO e le UU.OO. del Presidio. Coordinato dalle DMPO

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 nel Gennaio 2021
Rimodulata nel Settembre 2021
DIRETTORE DIPARTIMENTO
DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento 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 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 4%	
4 # 3	Clinical governance	M	Percentuale Colectomie Laparoscopiche con D.M. postop. <3gg	≥ 70%	
5 # 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	
6 3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulla Raccomandazione n. 1	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 1075/2020	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. Cliniche e le Farmacie Ospedaliere. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
7 3	Integrazione Ospedale-Territorio	A	Protocollo per la gestione, nella Struttura ospedaliera di riferimento, delle complicanze insorgenti in pazienti in Day Service chirurgico/oculistico erogato presso Strutture Territoriali	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale della procedura per P.O.	Condiviso tra DSS 3, 5, 10, 12 e 13, UU.OO. Day Service Oculistico e Polispec. Chir. di Terlizzi, DMPO e UU.OO. di Chir. Gen., Ortop. e Ocul. dei P.O. "S. Paolo", Molfetta, Murgia, Di Venere, Monopoli e Putignano. Coordinato dalle DMPO
8 3	Clinical governance	A	Modello organizzativo per la gestione del trasporto dei materiali biologici, presidi, farmaci, materiale di consumo e cartaceo tra le UU.OO. del Presidio mediante l'utilizzo di personale condiviso	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale di una procedura per P.O.	Obiettivo condiviso tra le DMPO e le UU.OO. del Presidio. Coordinato dalle DMPO

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 nel Gennaio 2021
Rimodulata nel Settembre 2021
DIRETTORE DIPARTIMENTO
DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento 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 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 4%	
4 # 3	Clinical governance	M	Percentuale Colectomie Laparoscopiche con D.M. postop. <3gg	≥ 70%	
5 # 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	
6 3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulla Raccomandazione n. 1	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 1075/2020	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. Cliniche e le Farmacie Ospedaliere. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
7 3	Integrazione Ospedale-Territorio	A	Protocollo per la gestione, nella Struttura ospedaliera di riferimento, delle complicanze insorgenti in pazienti in Day Service chirurgico/oculistico erogato presso Strutture Territoriali	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale della procedura per P.O.	Condiviso tra DSS 3, 5, 10, 12 e 13, UU.OO. Day Service Oculistico e Polispec. Chir. di Terlizzi, DMPO e UU.OO. di Chir. Gen., Ortop. e Ocul. dei P.O. "S. Paolo", Molfetta, Murgia, Di Venere, Monopoli e Putignano. Coordinato dalle DMPO
8 3	Clinical governance	A	Modello organizzativo per la gestione del trasporto dei materiali biologici, presidi, farmaci, materiale di consumo e cartaceo tra le UU.OO. del Presidio mediante l'utilizzo di personale condiviso	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale di una procedura per P.O.	Obiettivo condiviso tra le DMPO e le UU.OO. del Presidio. Coordinato dalle DMPO

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 nel Gennaio 2021
Rimodulata nel Settembre 2021
DIRETTORE DIPARTIMENTO
DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento 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 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 4%	
4 # 3	Clinical governance	M	Percentuale Colectomie Laparoscopiche con D.M. postop. <3gg	≥ 70%	
5 # 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	
6 3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulla Raccomandazione n. 1	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 1075/2020	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. Cliniche e le Farmacie Ospedaliere. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
7 3	Integrazione Ospedale-Territorio	A	Protocollo per la gestione, nella Struttura ospedaliera di riferimento, delle complicanze insorgenti in pazienti in Day Service chirurgico/oculistico erogato presso Strutture Territoriali	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale della procedura per P.O.	Condiviso tra DSS 3, 5, 10, 12 e 13, UU.OO. Day Service Oculistico e Polispec. Chir. di Terlizzi, DMPO e UU.OO. di Chir. Gen., Ortop. e Ocul. dei P.O. "S. Paolo", Molfetta, Murgia, Di Venere, Monopoli e Putignano. Coordinato dalle DMPO
8 3	Clinical governance	A	Modello organizzativo per la gestione del trasporto dei materiali biologici, presidi, farmaci, materiale di consumo e cartaceo tra le UU.OO. del Presidio mediante l'utilizzo di personale condiviso	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale di una procedura per P.O.	Obiettivo condiviso tra le DMPO e le UU.OO. del Presidio. Coordinato dalle DMPO

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 nel Gennaio 2021
Rimodulata nel Settembre 2021
DIRETTORE DIPARTIMENTO
DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento di Area Chirurgica

UNITA' OPERATIVA
UOC Chirurgia Generale Osp. Corato e UOS 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 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 4%	
4 # 3	Clinical governance	M	Percentuale Colectomie Laparoscopiche con D.M. postop. <3gg	≥ 70%	
5 # 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	
6 3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulla Raccomandazione n. 1	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 1075/2020	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. Cliniche e le Farmacie Ospedaliere. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
7 3	Integrazione Ospedale-Territorio	A	Protocollo per la gestione, nella Struttura ospedaliera di riferimento, delle complicanze insorgenti in pazienti in Day Service chirurgico/oculistico erogato presso Strutture Territoriali	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale della procedura per P.O.	Condiviso tra DSS 3, 5, 10, 12 e 13, UU.OO. Day Service Oculistico e Polispec. Chir. di Terlizzi, DMPO e UU.OO. di Chir. Gen., Ortop. e Ocul. dei P.O. "S. Paolo", Molfetta, Murgia, Di Venere, Monopoli e Putignano. Coordinato dalle DMPO
8 3	Clinical governance	A	Modello organizzativo per la gestione del trasporto dei materiali biologici, presidi, farmaci, materiale di consumo e cartaceo tra le UU.OO. del Presidio mediante l'utilizzo di personale condiviso	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale di una procedura per P.O.	Obiettivo condiviso tra le DMPO e le UU.OO. del Presidio. Coordinato dalle DMPO

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 nel Gennaio 2021
Rimodulata nel Settembre 2021
DIRETTORE DIPARTIMENTO
DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento Nefrourologico

UNITA' OPERATIVA
UOSVD Nefrologia e Dialisi Osp. Molfetta (con CAD di Ruvo)

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Degenza Media	≤ 8.5 gg.	
2 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 4%	
3 # 1 2	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	> 4000	
4 # 2	Integrazione Ospedale-Territorio	M	Immissione di nuovi pazienti in dialisi peritoneale	Almeno un nuovo paziente	
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 # 3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulla Raccomandazione n. 1	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 1075/2020	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. Cliniche e le Farmacie Ospedaliere. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
7 # 3	Clinical governance	A	Modello organizzativo per la gestione del trasporto dei materiali biologici, presidi, farmaci, materiale di consumo e cartaceo tra le UU.OO. del Presidio mediante l'utilizzo di personale condiviso	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale di una procedura per P.O.	Obiettivo condiviso tra le DMPO e le UU.OO. del Presidio. Coordinato dalle DMPO

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 nel Gennaio 2021
Rimodulata nel Settembre 2021
DIRETTORE DIPARTIMENTO
DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO Dipartimento Nefrourologico
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 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%	
5 # 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	
6 3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulla Raccomandazione n. 1	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 1075/2020	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. Cliniche e le Farmacie Ospedaliere. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
7 3	Clinical governance	A	Modello organizzativo per la gestione del trasporto dei materiali biologici, presidi, farmaci, materiale di consumo e cartaceo tra le UU.OO. del Presidio mediante l'utilizzo di personale condiviso	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale di una procedura per P.O.	Obiettivo condiviso tra le DMPO e le UU.OO. del Presidio. Coordinato dalle DMPO

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 nel Gennaio 2021

Rimodulata nel Settembre 2021

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento Nefrourologico

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

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Degenza Media	≤ 8.5 gg.	
2 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 4%	
3 # 1	Sanità digitale	M	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
4 # 2	Integrazione Ospedale-Territorio	M	Immissione di nuovi pazienti in dialisi peritoneale	Almeno un nuovo paziente	
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 # 3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulla Raccomandazione n. 1	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 1075/2020	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. Cliniche e le Farmacie Ospedaliere. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
7 # 3	Clinical governance	A	Modello organizzativo per la gestione del trasporto dei materiali biologici, presidi, farmaci, materiale di consumo e cartaceo tra le UU.OO. del Presidio mediante l'utilizzo di personale condiviso	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale di una procedura per P.O.	Obiettivo condiviso tra le DMPO e le UU.OO. del Presidio. Coordinato dalle DMPO

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 nel Gennaio 2021
Rimodulata nel Settembre 2021
DIRETTORE DIPARTIMENTO
DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento Nefrourologico

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 inapproprietezza e ricoveri con DRG non a rischio inapproprietezza in regime ordinario	≤ 0,21	0,21 = intervallo di adeguatezza Comitato LEA
4 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
5 # 1	Sanità digitale	M	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
6 # 3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulla Raccomandazione n. 1	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 1075/2020	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. Cliniche e le Farmacie Ospedaliere. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
7 # 3	Clinical governance	A	Modello organizzativo per la gestione del trasporto dei materiali biologici, presidi, farmaci, materiale di consumo e cartaceo tra le UU.OO. del Presidio mediante l'utilizzo di personale condiviso	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale di una procedura per P.O.	Obiettivo condiviso tra le DMPO e le UU.OO. del Presidio. Coordinato dalle DMPO

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 nel Gennaio 2021
Rimodulata nel Settembre 2021
DIRETTORE DIPARTIMENTO
DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento Nefrourologico

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

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Degenza Media	≤ 8.5 gg.	
2 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 4%	
3 # 1	Sanità digitale	M	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
4 # 2	Integrazione Ospedale-Territorio	M	Immissione di nuovi pazienti in dialisi peritoneale	Almeno un nuovo paziente	
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 # 3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulla Raccomandazione n. 1	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 1075/2020	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. Cliniche e le Farmacie Ospedaliere. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
7 # 3	Clinical governance	A	Modello organizzativo per la gestione del trasporto dei materiali biologici, presidi, farmaci, materiale di consumo e cartaceo tra le UU.OO. del Presidio mediante l'utilizzo di personale condiviso	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale di una procedura per P.O.	Obiettivo condiviso tra le DMPO e le UU.OO. del Presidio. Coordinato dalle DMPO

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 nel Gennaio 2021
Rimodulata nel Settembre 2021
DIRETTORE DIPARTIMENTO
DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento Nefrourologico

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 inapproprietezza e ricoveri con DRG non a rischio inapproprietezza in regime ordinario	≤ 0,21	0,21 = intervallo di adeguatezza Comitato LEA
4 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
5 # 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	
6 3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulla Raccomandazione n. 1	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 1075/2020	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. Cliniche e le Farmacie Ospedaliere. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
7 3	Clinical governance	A	Modello organizzativo per la gestione del trasporto dei materiali biologici, presidi, farmaci, materiale di consumo e cartaceo tra le UU.OO. del Presidio mediante l'utilizzo di personale condiviso	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale di una procedura per P.O.	Obiettivo condiviso tra le DMPO e le UU.OO. del Presidio. Coordinato dalle DMPO

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 nel Gennaio 2021
Rimodulata nel Settembre 2021
DIRETTORE DIPARTIMENTO
DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento Nefrourologico

UNITA' OPERATIVA
UOSVD 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 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%	
5 # 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	
6 3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulla Raccomandazione n. 1	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 1075/2020	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. Cliniche e le Farmacie Ospedaliere. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
7 3	Clinical governance	A	Modello organizzativo per la gestione del trasporto dei materiali biologici, presidi, farmaci, materiale di consumo e cartaceo tra le UU.OO. del Presidio mediante l'utilizzo di personale condiviso	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale di una procedura per P.O.	Obiettivo condiviso tra le DMPO e le UU.OO. del Presidio. Coordinato dalle DMPO

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 nel Gennaio 2021
Rimodulata nel Settembre 2021
DIRETTORE DIPARTIMENTO
DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento Nefrourologico

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

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Degenza Media	≤ 8.5 gg.	
2 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 4%	
3 # 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	
4 2	Integrazione Ospedale-Territorio	M	Immissione di nuovi pazienti in dialisi peritoneale	Almeno un nuovo paziente	
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 3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulla Raccomandazione n. 1	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 1075/2020	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. Cliniche e le Farmacie Ospedaliere. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
7 3	Clinical governance	A	Modello organizzativo per la gestione del trasporto dei materiali biologici, presidi, farmaci, materiale di consumo e cartaceo tra le UU.OO. del Presidio mediante l'utilizzo di personale condiviso	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale di una procedura per P.O.	Obiettivo condiviso tra le DMPO e le UU.OO. del Presidio. Coordinato dalle DMPO

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 nel Gennaio 2021
Rimodulata nel Settembre 2021
DIRETTORE DIPARTIMENTO
DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento di Ortopedia

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 inappropriatazza e ricoveri con DRG non a rischio inappropriatazza 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%	
6 # 1	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	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulla Raccomandazione n. 1	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 1075/2020	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. Cliniche e le Farmacie Ospedaliere. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
8 3	Integrazione Ospedale-Territorio	A	Protocollo per la gestione, nella Struttura ospedaliera di riferimento, delle complicanze insorgenti in pazienti in Day Service chirurgico/oculistico erogato presso Strutture Territoriali	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale della procedura per P.O.	Condiviso tra DSS 3, 5, 10, 12 e 13, UU.OO. Day Service Oculistico e Polispec. Chir. di Terlizzi, DMPO e UU.OO. di Chir. Gen., Ortop. e Ocul. dei P.O. "S. Paolo", Molfetta, Murgia, Di Venere, Monopoli e Putignano. Coordinato dalle DMPO
9 3	Clinical governance	A	Modello organizzativo per la gestione del trasporto dei materiali biologici, presidi, farmaci, materiale di consumo e cartaceo tra le UU.OO. del Presidio mediante l'utilizzo di personale condiviso	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale di una procedura per P.O.	Obiettivo condiviso tra le DMPO e le UU.OO. del Presidio. Coordinato dalle DMPO

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 nel Gennaio 2021
Rimodulata nel Settembre 2021
DIRETTORE DIPARTIMENTO
DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento di Ortopedia

UNITA' OPERATIVA
UOC Ortopedia e Traumatologia Osp. Molfetta e UOS 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 inappropriatazza e ricoveri con DRG non a rischio inappropriatazza 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%	
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	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulla Raccomandazione n. 1	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 1075/2020	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. Cliniche e le Farmacie Ospedaliere. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
8 3	Integrazione Ospedale-Territorio	A	Protocollo per la gestione, nella Struttura ospedaliera di riferimento, delle complicanze insorgenti in pazienti in Day Service chirurgico/oculistico erogato presso Strutture Territoriali	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale della procedura per P.O.	Condiviso tra DSS 3, 5, 10, 12 e 13, UU.OO. Day Service Oculistico e Polispec. Chir. di Terlizzi, DMPO e UU.OO. di Chir. Gen., Ortop. e Ocul. dei P.O. "S. Paolo", Molfetta, Murgia, Di Venere, Monopoli e Putignano. Coordinato dalle DMPO
9 3	Clinical governance	A	Modello organizzativo per la gestione del trasporto dei materiali biologici, presidi, farmaci, materiale di consumo e cartaceo tra le UU.OO. del Presidio mediante l'utilizzo di personale condiviso	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale di una procedura per P.O.	Obiettivo condiviso tra le DMPO e le UU.OO. del Presidio. Coordinato dalle DMPO

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 nel Gennaio 2021
Rimodulata nel Settembre 2021
DIRETTORE DIPARTIMENTO
DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento di Ortopedia

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 inappropriatazza e ricoveri con DRG non a rischio inappropriatazza 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%	
6 # 1	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	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulla Raccomandazione n. 1	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 1075/2020	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. Cliniche e le Farmacie Ospedaliere. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
8 3	Integrazione Ospedale-Territorio	A	Protocollo per la gestione, nella Struttura ospedaliera di riferimento, delle complicanze insorgenti in pazienti in Day Service chirurgico/oculistico erogato presso Strutture Territoriali	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale della procedura per P.O.	Condiviso tra DSS 3, 5, 10, 12 e 13, UU.OO. Day Service Oculistico e Polispec. Chir. di Terlizzi, DMPO e UU.OO. di Chir. Gen., Ortop. e Ocul. dei P.O. "S. Paolo", Molfetta, Murgia, Di Venere, Monopoli e Putignano. Coordinato dalle DMPO
9 3	Clinical governance	A	Modello organizzativo per la gestione del trasporto dei materiali biologici, presidi, farmaci, materiale di consumo e cartaceo tra le UU.OO. del Presidio mediante l'utilizzo di personale condiviso	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale di una procedura per P.O.	Obiettivo condiviso tra le DMPO e le UU.OO. del Presidio. Coordinato dalle DMPO

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 nel Gennaio 2021
Rimodulata nel Settembre 2021
DIRETTORE DIPARTIMENTO
DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento di Ortopedia

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	Clinical governance	M	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
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%	
6 # 1	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	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulla Raccomandazione n. 1	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 1075/2020	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. Cliniche e le Farmacie Ospedaliere. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
8 3	Integrazione Ospedale-Territorio	A	Protocollo per la gestione, nella Struttura ospedaliera di riferimento, delle complicanze insorgenti in pazienti in Day Service chirurgico/oculistico erogato presso Strutture Territoriali	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale della procedura per P.O.	Condiviso tra DSS 3, 5, 10, 12 e 13, UU.OO. Day Service Oculistico e Polispec. Chir. di Terlizzi, DMPO e UU.OO. di Chir. Gen., Ortop. e Ocul. dei P.O. "S. Paolo", Molfetta, Murgia, Di Venere, Monopoli e Putignano. Coordinato dalle DMPO
9 3	Clinical governance	A	Modello organizzativo per la gestione del trasporto dei materiali biologici, presidi, farmaci, materiale di consumo e cartaceo tra le UU.OO. del Presidio mediante l'utilizzo di personale condiviso	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale di una procedura per P.O.	Obiettivo condiviso tra le DMPO e le UU.OO. del Presidio. Coordinato dalle DMPO

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 nel Gennaio 2021
Rimodulata nel Settembre 2021
DIRETTORE DIPARTIMENTO
DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento di Ortopedia

UNITA' OPERATIVA
UOC Ortopedia e Traumatologia Osp. Monopoli e UOS 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 inappropriatazza e ricoveri con DRG non a rischio inappropriatazza 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%	
6 # 1	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	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulla Raccomandazione n. 1	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 1075/2020	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. Cliniche e le Farmacie Ospedaliere. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
8 3	Integrazione Ospedale-Territorio	A	Protocollo per la gestione, nella Struttura ospedaliera di riferimento, delle complicanze insorgenti in pazienti in Day Service chirurgico/oculistico erogato presso Strutture Territoriali	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale della procedura per P.O.	Condiviso tra DSS 3, 5, 10, 12 e 13, UU.OO. Day Service Oculistico e Polispec. Chir. di Terlizzi, DMPO e UU.OO. di Chir. Gen., Ortop. e Ocul. dei P.O. "S. Paolo", Molfetta, Murgia, Di Venere, Monopoli e Putignano. Coordinato dalle DMPO
9 3	Clinical governance	A	Modello organizzativo per la gestione del trasporto dei materiali biologici, presidi, farmaci, materiale di consumo e cartaceo tra le UU.OO. del Presidio mediante l'utilizzo di personale condiviso	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale di una procedura per P.O.	Obiettivo condiviso tra le DMPO e le UU.OO. del Presidio. Coordinato dalle DMPO

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 nel Gennaio 2021
Rimodulata nel Settembre 2021
DIRETTORE DIPARTIMENTO
DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento di Area Medica

UNITA' OPERATIVA
UOC Medicina Interna Osp. San Paolo

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Peso medio DRG	≥ 1.14	Peso medio 2019 e 2020 UU.OO. Medicina Generale della ASL BA = 1.14
2 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
3 # 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
4 # 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	
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 3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulla Raccomandazione n. 1	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 1075/2020	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. Cliniche e le Farmacie Ospedaliere. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
7 3	Clinical governance	A	Modello organizzativo per la gestione del trasporto dei materiali biologici, presidi, farmaci, materiale di consumo e cartaceo tra le UU.OO. del Presidio mediante l'utilizzo di personale condiviso	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale di una procedura per P.O.	Obiettivo condiviso tra le DMPO e le UU.OO. del Presidio. Coordinato dalle DMPO

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 nel Gennaio 2021
Rimodulata nel Settembre 2021
DIRETTORE DIPARTIMENTO
DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento di Area Medica

UNITA' OPERATIVA
UOC Medicina Interna Osp. Molfetta

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Peso medio DRG	2021 ≥ 2020	
2 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
3 # 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
4 # 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	
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 3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulla Raccomandazione n. 1	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 1075/2020	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. Cliniche e le Farmacie Ospedaliere. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
7 3	Clinical governance	A	Modello organizzativo per la gestione del trasporto dei materiali biologici, presidi, farmaci, materiale di consumo e cartaceo tra le UU.OO. del Presidio mediante l'utilizzo di personale condiviso	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale di una procedura per P.O.	Obiettivo condiviso tra le DMPO e le UU.OO. del Presidio. Coordinato dalle DMPO

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 nel Gennaio 2021
Rimodulata nel Settembre 2021
DIRETTORE DIPARTIMENTO
DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento di Area Medica

UNITA' OPERATIVA
UOC Medicina Interna Osp. Di Venere

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Peso medio DRG	≥ 1.14	Peso medio 2019 e 2020 UU.OO. Medicina Generale della ASL BA = 1.14
2 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
3 # 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
4 # 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	
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 3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulla Raccomandazione n. 1	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 1075/2020	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. Cliniche e le Farmacie Ospedaliere. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
7 3	Clinical governance	A	Modello organizzativo per la gestione del trasporto dei materiali biologici, presidi, farmaci, materiale di consumo e cartaceo tra le UU.OO. del Presidio mediante l'utilizzo di personale condiviso	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale di una procedura per P.O.	Obiettivo condiviso tra le DMPO e le UU.OO. del Presidio. Coordinato dalle DMPO

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 nel Gennaio 2021
Rimodulata nel Settembre 2021
DIRETTORE DIPARTIMENTO
DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento di Area Medica

UNITA' OPERATIVA
UOC Medicina Interna e Lungodegenza Osp. della Murgia

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Peso medio DRG	2021 ≥ 2020	
2 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
3 # 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
4 # 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	
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 3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulla Raccomandazione n. 1	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 1075/2020	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. Cliniche e le Farmacie Ospedaliere. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
7 3	Clinical governance	A	Modello organizzativo per la gestione del trasporto dei materiali biologici, presidi, farmaci, materiale di consumo e cartaceo tra le UU.OO. del Presidio mediante l'utilizzo di personale condiviso	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale di una procedura per P.O.	Obiettivo condiviso tra le DMPO e le UU.OO. del Presidio. Coordinato dalle DMPO

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 nel Gennaio 2021
Rimodulata nel Settembre 2021
DIRETTORE DIPARTIMENTO
DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento di Area Medica

UNITA' OPERATIVA
UOC Medicina Interna Osp. Monopoli

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Peso medio DRG	≥ 1.14	Peso medio 2019 e 2020 UU.OO. Medicina Generale della ASL BA = 1.14
2 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
3 # 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
4 # 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	
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 3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulla Raccomandazione n. 1	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 1075/2020	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. Cliniche e le Farmacie Ospedaliere. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
7 3	Clinical governance	A	Modello organizzativo per la gestione del trasporto dei materiali biologici, presidi, farmaci, materiale di consumo e cartaceo tra le UU.OO. del Presidio mediante l'utilizzo di personale condiviso	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale di una procedura per P.O.	Obiettivo condiviso tra le DMPO e le UU.OO. del Presidio. Coordinato dalle DMPO

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 nel Gennaio 2021
Rimodulata nel Settembre 2021
DIRETTORE DIPARTIMENTO
DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento di Area Medica

UNITA' OPERATIVA
UOC Medicina Interna e Lungodegenza Osp. Putignano

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Peso medio DRG	2021 ≥ 2020	
2 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
3 # 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
4 # 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	
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 3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulla Raccomandazione n. 1	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 1075/2020	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. Cliniche e le Farmacie Ospedaliere. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
7 3	Clinical governance	A	Modello organizzativo per la gestione del trasporto dei materiali biologici, presidi, farmaci, materiale di consumo e cartaceo tra le UU.OO. del Presidio mediante l'utilizzo di personale condiviso	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale di una procedura per P.O.	Obiettivo condiviso tra le DMPO e le UU.OO. del Presidio. Coordinato dalle DMPO

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 nel Gennaio 2021
Rimodulata nel Settembre 2021
DIRETTORE DIPARTIMENTO
DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento di Area Medica

UNITA' OPERATIVA
UOSVD Geriatria Osp. Putignano

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Peso medio DRG	2021 ≥ 2020	
2 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
3 # 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
4 # 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	
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 3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulla Raccomandazione n. 1	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 1075/2020	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. Cliniche e le Farmacie Ospedaliere. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
7 3	Clinical governance	A	Modello organizzativo per la gestione del trasporto dei materiali biologici, presidi, farmaci, materiale di consumo e cartaceo tra le UU.OO. del Presidio mediante l'utilizzo di personale condiviso	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale di una procedura per P.O.	Obiettivo condiviso tra le DMPO e le UU.OO. del Presidio. Coordinato dalle DMPO

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 nel Gennaio 2021
Rimodulata nel Settembre 2021
DIRETTORE DIPARTIMENTO
DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento di Area Medica

UNITA' OPERATIVA
UOSVD Medicina Interna Osp. Corato

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Peso medio DRG	≥ 1.14	Peso medio 2019 e 2020 UU.OO. Medicina Generale della ASL BA = 1.14
2 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
3 # 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
4 # 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	
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 3	Clinical governance	A	Modello organizzativo per la gestione del trasporto dei materiali biologici, presidi, farmaci, materiale di consumo e cartaceo tra le UU.OO. del Presidio mediante l'utilizzo di personale condiviso	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale di una procedura per P.O.	Obiettivo condiviso tra le DMPO e le UU.OO. del Presidio. Coordinato dalle DMPO
7 3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulla Raccomandazione n. 1	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 1075/2020	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. Cliniche e le Farmacie Ospedaliere. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.

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 nel Gennaio 2021

Rimodulata nel Settembre 2021

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO Dipartimento di Area Medica Specialistica
UNITA' OPERATIVA UOSVD Oncologia Medica Osp. San Paolo

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	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	Dati forniti dal Dipartimento del Farmaco
2	# 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
3	3	Clinical governance	M	Procedura Aziendale di implementazione della Raccomandazione Ministeriale n. 14 - Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici	Invio con mail della Procedura elaborata secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Obiettivo condiviso tra UU.OO. di Oncologia e Farmacia Ospedaliera del P.O. "San Paolo". Coordinato dalla Farmacia Ospedaliera del P.O. "San Paolo" Certificato da UO GRC
4	1 3	Controllo della Spesa	M	Protocollo per la corretta registrazione sul Sistema EDOTTO dei Farmaci in Somministrazione Ospedaliera e per la corretta gestione della procedura di scarico nella procedura di Magazzino	Invio Protocollo alla Direzione Sanitaria e Amministrativa	Obiettivo in comune a tutte le Farmacie Ospedaliere e alle UU.OO. Di Oncologia, Oculistica e Neurologia. Coordinato dalla Direzione del Dipartimento Gestione del Farmaco Allegare mail di invio in Relazione
5	3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulla Raccomandazione n. 1	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 1075/2020	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. Cliniche e le Farmacie Ospedaliere. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
6	3	Miglioramento della qualità assistenziale	A	Elaborazione di PDTA Aziendale del Carcinoma della Mammella sulla base del PDTA Regionale	Invio con mail del Protocollo elaborato secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità entro il 30/09/2021	Obiettivo in comune tra Chirurgia Senologica (coordin.), Chirurgia Plastica, Oncologia, Radiodiagn. Senologica, Rianimazione P.O. San Paolo, Med. Nucleare e Ginecologia P.O. Di Venere, Cure Palliative. Allegare mail di invio alla Relazione finale
7	2	Comunicazione istituzionale	A	Elaborazione della Carta dei Servizi della Breast Unit	Invio con mail alla U.O. Servizio di Informazione e Comunicazione istituzionale entro il 30/09/2021	Obiettivo in comune tra le UU.OO. di Chirurgia Senologica, Chirurgia Plastica, Oncologia e Radiodiagnostica Senologica del P.O. San Paolo. Coordinato da U.O. Chirurgia Senologica. Allegare mail di invio alla Relazione finale
8	3	Miglioramento della qualità assistenziale	A	Elaborazione di Regolamento di funzionamento della Breast Unit	Invio con mail del Regolamento alla Direzione Sanitaria Aziendale entro il 30/09/2021	Obiettivo in comune tra le UU.OO. di Chirurgia Senologica, Chirurgia Plastica, Oncologia e Radiodiagnostica Senologica del P.O. San Paolo. Coordinato da U.O. Chirurgia Senologica. Allegare mail di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale
9	3	Miglioramento della qualità assistenziale	A	Elaborazione di protocollo per la gestione del servizio di counselling fertilità per le pazienti giovani	Invio con mail del Protocollo elaborato secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità entro il 30/09/2021	Obiettivo in comune tra Oncologia del P.O. San Paolo e PMA Conversano. Allegare 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 nel Gennaio 2021

Rimodulata nel Settembre 2021

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento di Area Medica Specialistica

UNITA' OPERATIVA
UOC Gastroenterologia Osp. San Paolo e UOS Endoscopia Digestiva Osp. della Murgia

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Peso medio DRG	2021 ≥ 2020	
2 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
3 # 3 4	Clinical governance	M	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
4 # 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	
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 3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulla Raccomandazione n. 1	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 1075/2020	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. Cliniche e le Farmacie Ospedaliere. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
7 3	Clinical governance	A	Modello organizzativo per la gestione del trasporto dei materiali biologici, presidi, farmaci, materiale di consumo e cartaceo tra le UU.OO. del Presidio mediante l'utilizzo di personale condiviso	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale di una procedura per P.O.	Obiettivo condiviso tra le DMPO e le UU.OO. del Presidio. Coordinato dalle DMPO

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 nel Gennaio 2021
Rimodulata nel Settembre 2021
DIRETTORE DIPARTIMENTO
DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento di Area Medica Specialistica

UNITA' OPERATIVA
UOC Pneumologia Osp. San Paolo

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Clinical governance	A	Protocollo di follow-up interdisciplinare dei pazienti ricoverati nelle strutture Covid dell'ASL dopo la dimissione per la valutazione delle complicanze a medio e lungo termine	Invio del Protocollo alla Direzione Sanitaria aziendale entro il 28/02/2021. Almeno un controllo nel 30% dei pazienti dimessi dalle UU.OO. di Pneumologia Covid e di Malattie Infettive.	Allegare alla Relazione finale la mail di invio del protocollo alla Direzione Sanitaria aziendale . Invio mensile dal mese di marzo all'U.O. Controllo di Gestione di un Report con numero di prestazioni
2	3	Clinical governance	A	Implementazione di linee guida aziendali nel trattamento dei pazienti COVID secondo definizione di Stato Clinico	Invio con mail all'U.O. GRC entro il 28/02/2021	Allegare alla Relazione finale la mail di invio all'U.O. GRC
3	3	Clinical governance	A	Analisi delle caratteristiche cliniche e valutazione di esito dei pazienti COVID su cartelle cliniche di pazienti trattati presso l'Ospedale San Paolo, Murgia e Putignano, secondo i criteri utilizzati dall'IS per l'analisi dei pazienti COVID deceduti	Analisi condotta su almeno 150 cartelle cliniche e produzione di un report annuale riportante le caratteristiche cliniche, modalità di trattamento, esito e statistiche inferenziali.	Invio del Report finale alla Direzione Sanitaria Aziendale e all'U.O. Controllo di Gestione
4 #	1	Sanità digitale	M	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
5	3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulla Raccomandazione n. 1	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 1075/2020	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. Cliniche e le Farmacie Ospedaliere. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
6	3	Clinical governance	A	Modello organizzativo per la gestione del trasporto dei materiali biologici, presidi, farmaci, materiale di consumo e cartaceo tra le UU.OO. del Presidio mediante l'utilizzo di personale condiviso	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale di una procedura per P.O.	Obiettivo condiviso tra le DMPO e le UU.OO. del Presidio. Coordinato dalle DMPO

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 nel Gennaio 2021
Rimodulata nel Settembre 2021
DIRETTORE DIPARTIMENTO
DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento di Area Medica Specialistica

UNITA' OPERATIVA
UOC Pneumologia Osp. Di Venere

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Clinical governance	A	Protocollo di follow-up interdisciplinare dei pazienti ricoverati nelle strutture Covid dell'ASL dopo la dimissione per la valutazione delle complicanze a medio e lungo termine	Invio del Protocollo alla Direzione Sanitaria aziendale entro il 28/02/2021. Almeno un controllo nel 30% dei pazienti dimessi dalle UU.OO. di Pneumologia Covid e di Malattie Infettive.	Allegare alla Relazione finale la mail di invio del protocollo alla Direzione Sanitaria aziendale . Invio mensile dal mese di marzo all'U.O. Controllo di Gestione di un Report con numero di prestazioni
2 #	4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
3 #	1	Sanità digitale	M	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
4 #	3	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
5	3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulla Raccomandazione n. 1	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 1075/2020	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. Cliniche e le Farmacie Ospedaliere. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
6	3	Clinical governance	A	Modello organizzativo per la gestione del trasporto dei materiali biologici, presidi, farmaci, materiale di consumo e cartaceo tra le UU.OO. del Presidio mediante l'utilizzo di personale condiviso	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale di una procedura per P.O.	Obiettivo condiviso tra le DMPO e le UU.OO. del Presidio. Coordinato dalle DMPO

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 nel Gennaio 2021
Rimodulata nel Settembre 2021
DIRETTORE DIPARTIMENTO
DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento di Area Medica Specialistica

UNITA' OPERATIVA
UOC Malattie Infettive

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Clinical governance	A	Protocollo di follow-up interdisciplinare dei pazienti ricoverati nelle strutture Covid dell'ASL dopo la dimissione per la valutazione delle complicanze a medio e lungo termine	Invio del Protocollo alla Direzione Sanitaria aziendale entro il 28/02/2021. Almeno un controllo nel 30% dei pazienti dimessi dalle UU.OO. di Pneumologia Covid e di Malattie Infettive.	Allegare alla Relazione finale la mail di invio del protocollo alla Direzione Sanitaria aziendale. Invio mensile dal mese di marzo all'U.O. Controllo di Gestione di un Report con numero di prestazioni
2	3	Clinical governance	A	Implementazione di linee guida aziendali nel trattamento dei pazienti COVID secondo definizione di Stato Clinico	Invio con mail all'U.O. GRC entro il 28/02/2021	Allegare alla Relazione finale la mail di invio all'U.O. GRC
3	3	Clinical governance	A	Analisi delle caratteristiche cliniche e valutazione di esito dei pazienti COVID su cartelle cliniche di pazienti trattati presso l'Ospedale San Paolo, Murgia e Putignano, secondo i criteri utilizzati dall'IIS per l'analisi dei pazienti COVID deceduti	Analisi condotta su almeno 150 cartelle cliniche e produzione di un report annuale riportante le caratteristiche cliniche, modalità di trattamento, esito e statistiche inferenziali.	Invio del Report finale alla Direzione Sanitaria Aziendale e all'U.O. Controllo di Gestione
4	3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulla Raccomandazione n. 1	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 1075/2020	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. Cliniche e le Farmacie Ospedaliere. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
5 #	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	
6	3	Clinical governance	A	Modello organizzativo per la gestione del trasporto dei materiali biologici, presidi, farmaci, materiale di consumo e cartaceo tra le UU.OO. del Presidio mediante l'utilizzo di personale condiviso	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale di una procedura per P.O.	Obiettivo condiviso tra le DMPO e le UU.OO. del Presidio. Coordinato dalle DMPO

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 nel Gennaio 2021
Rimodulata nel Settembre 2021
DIRETTORE DIPARTIMENTO
DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento di Area Medica Specialistica

UNITA' OPERATIVA
UOC Oncologia Osp. della Murgia

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	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
2 #	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
3	3	Clinical governance	M	Procedura Aziendale di implementazione della Raccomandazione Ministeriale n. 14 - Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici	Invio con mail della Procedura elaborata secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Obiettivo condiviso tra UU.OO. di Oncologia e Farmacia Ospedaliera del P.O. "San Paolo" e P.O. della Murgia. Coordinato dalla Farmacia Ospedaliera del P.O. "San Paolo" Certificato da UO GRC
4	1 3	Controllo della Spesa	M	Protocollo per la corretta registrazione sul Sistema EDOTTO dei Farmaci in Somministrazione Ospedaliera e per la corretta gestione della procedura di scarico nella procedura di Magazzino	Invio Protocollo alla Direzione Sanitaria e Amministrativa	Obiettivo in comune a tutte le Farmacie Ospedaliere e alle UU.OO. Di Oncologia, Oculistica e Neurologia. Coordinato dalla Direzione del Dipartimento Gestione del Farmaco. Allegare mail di invio in Relazione
5	3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulla Raccomandazione n. 1	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 1075/2020	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. Cliniche e le Farmacie Ospedaliere. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
6	3	Clinical governance	A	Modello organizzativo per la gestione del trasporto dei materiali biologici, presidi, farmaci, materiale di consumo e cartaceo tra le UU.OO. del Presidio mediante l'utilizzo di personale condiviso	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale di una procedura per P.O.	Obiettivo condiviso tra le DMPO e le UU.OO. del Presidio. Coordinato dalle DMPO

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 nel Gennaio 2021
Rimodulata nel Settembre 2021
DIRETTORE DIPARTIMENTO
DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento di Area Medica Specialistica

UNITA' OPERATIVA
UOSVD Pneumologia Osp. Putignano

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Clinical governance	A	Protocollo di follow-up interdisciplinare dei pazienti ricoverati nelle strutture Covid dell'ASL dopo la dimissione per la valutazione delle complicanze a medio e lungo termine	Invio del Protocollo alla Direzione Sanitaria aziendale entro il 28/02/2021. Almeno un controllo nel 30% dei pazienti dimessi dalle UU.OO. di Pneumologia Covid e di Malattie Infettive.	Allegare alla Relazione finale la mail di invio del protocollo alla Direzione Sanitaria aziendale. Invio mensile dal mese di marzo all'U.O. Controllo di Gestione di un Report con numero di prestazioni
2	3	Clinical governance	A	Implementazione di linee guida aziendali nel trattamento dei pazienti COVID secondo definizione di Stato Clinico	Invio con mail all'U.O. GRC entro il 28/02/2021	Allegare alla Relazione finale la mail di invio all'U.O. GRC
3	3	Clinical governance	A	Analisi delle caratteristiche cliniche e valutazione di esito dei pazienti COVID su cartelle cliniche di pazienti trattati presso l'Ospedale San Paolo, Murgia e Putignano, secondo i criteri utilizzati dall'IIS per l'analisi dei pazienti COVID deceduti	Analisi condotta su almeno 150 cartelle cliniche e produzione di un report annuale riportante le caratteristiche cliniche, modalità di trattamento, esito e statistiche inferenziali.	Invio del Report finale alla Direzione Sanitaria Aziendale e all'U.O. Controllo di Gestione
4 #	1	Sanità digitale	M	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
5	3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulla Raccomandazione n. 1	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 1075/2020	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. Cliniche e le Farmacie Ospedaliere. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
6	3	Clinical governance	A	Modello organizzativo per la gestione del trasporto dei materiali biologici, presidi, farmaci, materiale di consumo e cartaceo tra le UU.OO. del Presidio mediante l'utilizzo di personale condiviso	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale di una procedura per P.O.	Obiettivo condiviso tra le DMPO e le UU.OO. del Presidio. Coordinato dalle DMPO

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 nel Gennaio 2021
Rimodulata nel Settembre 2021
DIRETTORE DIPARTIMENTO
DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento Cardiovascolare

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%	
3 # 1	Sanità digitale	M	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
4 # 1	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	>500	
5 # 3	Clinical governance	M	% IMA non provenienti da altre Strutture trattati con PTCA entro 2 gg	≥ 60%	Indicatore PNE
6 3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulla Raccomandazione n. 1	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 1075/2020	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. Cliniche e le Farmacie Ospedaliere. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
7 3	Clinical governance	A	Modello organizzativo per la gestione del trasporto dei materiali biologici, presidi, farmaci, materiale di consumo e cartaceo tra le UU.OO. del Presidio mediante l'utilizzo di personale condiviso	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale di una procedura per P.O.	Obiettivo condiviso tra le DMPO e le UU.OO. del Presidio. Coordinato dalle DMPO

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 nel Gennaio 2021
Rimodulata nel Settembre 2021
DIRETTORE DIPARTIMENTO
DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento Cardiovascolare

UNITA' OPERATIVA
UOC Cardiologia Osp. Corato e UOS 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%	
3 # 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	
4 # 1 2	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	>500	
5 3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulla Raccomandazione n. 1	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 1075/2020	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. Cliniche e le Farmacie Ospedaliere. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
6 3	Clinical governance	A	Modello organizzativo per la gestione del trasporto dei materiali biologici, presidi, farmaci, materiale di consumo e cartaceo tra le UU.OO. del Presidio mediante l'utilizzo di personale condiviso	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale di una procedura per P.O.	Obiettivo condiviso tra le DMPO e le UU.OO. del Presidio. Coordinato dalle DMPO

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 nel Gennaio 2021
Rimodulata nel Settembre 2021
DIRETTORE DIPARTIMENTO
DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento Cardiovascolare

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%	
3 # 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	
4 # 1 2	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	>500	
5 # 3	Clinical governance	M	% IMA non provenienti da altre Strutture trattati con PTCA entro 2 gg	≥ 60%	Indicatore PNE
6 3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulla Raccomandazione n. 1	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 1075/2020	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. Cliniche e le Farmacie Ospedaliere. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
7 3	Clinical governance	A	Modello organizzativo per la gestione del trasporto dei materiali biologici, presidi, farmaci, materiale di consumo e cartaceo tra le UU.OO. del Presidio mediante l'utilizzo di personale condiviso	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale di una procedura per P.O.	Obiettivo condiviso tra le DMPO e le UU.OO. del Presidio. Coordinato dalle DMPO

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 nel Gennaio 2021
Rimodulata nel Settembre 2021
DIRETTORE DIPARTIMENTO
DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento Cardiovascolare

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 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%	
5 # 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	
6 3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulla Raccomandazione n. 1	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 1075/2020	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. Cliniche e le Farmacie Ospedaliere. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
7 3	Clinical governance	A	Modello organizzativo per la gestione del trasporto dei materiali biologici, presidi, farmaci, materiale di consumo e cartaceo tra le UU.OO. del Presidio mediante l'utilizzo di personale condiviso	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale di una procedura per P.O.	Obiettivo condiviso tra le DMPO e le UU.OO. del Presidio. Coordinato dalle DMPO

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 nel Gennaio 2021
Rimodulata nel Settembre 2021
DIRETTORE DIPARTIMENTO
DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento Cardiovascolare

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%	
3 # 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	
4 # 1 2	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	> 500	
5 3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulla Raccomandazione n. 1	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 1075/2020	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. Cliniche e le Farmacie Ospedaliere. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
6 3	Clinical governance	A	Modello organizzativo per la gestione del trasporto dei materiali biologici, presidi, farmaci, materiale di consumo e cartaceo tra le UU.OO. del Presidio mediante l'utilizzo di personale condiviso	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale di una procedura per P.O.	Obiettivo condiviso tra le DMPO e le UU.OO. del Presidio. Coordinato dalle DMPO

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 nel Gennaio 2021
Rimodulata nel Settembre 2021
DIRETTORE DIPARTIMENTO
DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento Cardiovascolare

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%	
3 # 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	
4 # 1 2	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	> 500	
5 3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulla Raccomandazione n. 1	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 1075/2020	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. Cliniche e le Farmacie Ospedaliere. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
6 3	Clinical governance	A	Modello organizzativo per la gestione del trasporto dei materiali biologici, presidi, farmaci, materiale di consumo e cartaceo tra le UU.OO. del Presidio mediante l'utilizzo di personale condiviso	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale di una procedura per P.O.	Obiettivo condiviso tra le DMPO e le UU.OO. del Presidio. Coordinato dalle DMPO

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 nel Gennaio 2021
Rimodulata nel Settembre 2021
DIRETTORE DIPARTIMENTO
DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento Cardiovascolare

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%	
3 # 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	
4 # 1 2	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	> 500	
5 3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulla Raccomandazione n. 1	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 1075/2020	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. Cliniche e le Farmacie Ospedaliere. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
6 3	Clinical governance	A	Modello organizzativo per la gestione del trasporto dei materiali biologici, presidi, farmaci, materiale di consumo e cartaceo tra le UU.OO. del Presidio mediante l'utilizzo di personale condiviso	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale di una procedura per P.O.	Obiettivo condiviso tra le DMPO e le UU.OO. del Presidio. Coordinato dalle DMPO

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 nel Gennaio 2021
Rimodulata nel Settembre 2021
DIRETTORE DIPARTIMENTO
DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento Neurosensoriale

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 inapproprietezza e ricoveri con DRG non a rischio inapproprietezza in regime ordinario	≤ 0,21	0,21 = intervallo di adeguatezza Comitato LEA
4 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
5 # 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	
6 3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulla Raccomandazione n. 1	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 1075/2020	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. Cliniche e le Farmacie Ospedaliere. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
7 3	Clinical governance	A	Modello organizzativo per la gestione del trasporto dei materiali biologici, presidi, farmaci, materiale di consumo e cartaceo tra le UU.OO. del Presidio mediante l'utilizzo di personale condiviso	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale di una procedura per P.O.	Obiettivo condiviso tra le DMPO e le UU.OO. del Presidio. Coordinato dalle DMPO

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 nel Gennaio 2021
Rimodulata nel Settembre 2021
DIRETTORE DIPARTIMENTO
DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento Neurosensoriale

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%	
3 # 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	
4 # 1 2	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	> 500	
5 1 3	Controllo della Spesa	M	Protocollo per la corretta registrazione sul Sistema EDOTTO dei Farmaci in Somministrazione Ospedaliera e per la corretta gestione della procedura di scarico nella procedura di Magazzino	Invio Protocollo alla Direzione Sanitaria e Amministrativa	Obiettivo in comune a tutte le Farmacie Ospedaliere e alle UU.OO. Di Oncologia, Oculistica e Neurologia. Coordinato dalla Direzione del Dipartimento Gestione del Farmaco. Allegare mail di invio in Relazione
6 3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulla Raccomandazione n. 1	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 1075/2020	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. Cliniche e le Farmacie Ospedaliere. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
7 3	Clinical governance	A	Modello organizzativo per la gestione del trasporto dei materiali biologici, presidi, farmaci, materiale di consumo e cartaceo tra le UU.OO. del Presidio mediante l'utilizzo di personale condiviso	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale di una procedura per P.O.	Obiettivo condiviso tra le DMPO e le UU.OO. del Presidio. Coordinato dalle DMPO

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 nel Gennaio 2021
Rimodulata nel Settembre 2021
DIRETTORE DIPARTIMENTO
DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO Dipartimento Neurosensoriale
UNITA' OPERATIVA UOC Oculistica Osp. Di Venere

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Formazione	B	Organizzazione Evento formativo per il personale medico e infermieristico delle UU.OO. della ASL	Almeno un evento formativo per P.O. sede di un'U.O. di Oftalmologia	Nella Relazione finale indicare data, sede, argomento e partecipanti. Obiettivo condiviso tra UU.OO. Di Oftalmologia
2	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
3	1 3	Controllo della Spesa	M	Protocollo per la corretta registrazione sul Sistema EDOTTO dei Farmaci in Somministrazione Ospedaliera e per la corretta gestione della procedura di scarico nella procedura di Magazzino	Invio Protocollo alla Direzione Sanitaria e Amministrativa	Obiettivo in comune a tutte le Farmacie Ospedaliere e alle UU.OO. Di Oncologia, Oculistica e Neurologia. Coordinato dalla Direzione del Dipartimento Gestione del Farmaco. Allegare mail di invio in Relazione
4	3	Integrazione Ospedale-Territorio	A	Proposta di organizzazione integrata Ospedale-Territorio dell'attività oftalmologica per la diagnosi ed il trattamento del Glaucoma	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 del P.O. "Di Venere"
5	3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulla Raccomandazione n. 1	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 1075/2020	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. Cliniche e le Farmacie Ospedaliere. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
6	3	Integrazione Ospedale-Territorio	A	Protocollo per la gestione, nella Struttura ospedaliera di riferimento, delle complicanze insorgenti in pazienti in Day Service chirurgico/oculistico erogato presso Strutture Territoriali	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale della procedura per P.O.	Condiviso tra DSS 3, 5, 10, 12 e 13, UU.OO. Day Service Oculistico e Polispec. Chir. di Terlizzi, DMPO e UU.OO. di Chir. Gen., Ortop. e Ocul. dei P.O. "S. Paolo", Molfetta, Murgia, Di Venere, Monopoli e Putignano. Coordinato dalle DMPO
7	3	Clinical governance	A	Modello organizzativo per la gestione del trasporto dei materiali biologici, presidi, farmaci, materiale di consumo e cartaceo tra le UU.OO. del Presidio mediante l'utilizzo di personale condiviso	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale di una procedura per P.O.	Obiettivo condiviso tra le DMPO e le UU.OO. del Presidio. Coordinato dalle DMPO

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 nel Gennaio 2021

Rimodulata nel Settembre 2021

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento 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 inappropriatazza e ricoveri con DRG non a rischio inappropriatazza in regime ordinario	≤ 0,21	0,21 = intervallo di adeguatezza Comitato LEA
4 # 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	
5 # 1 2	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	> 2000	
6 3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulla Raccomandazione n. 1	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 1075/2020	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. Cliniche e le Farmacie Ospedaliere. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
7 3	Clinical governance	A	Modello organizzativo per la gestione del trasporto dei materiali biologici, presidi, farmaci, materiale di consumo e cartaceo tra le UU.OO. del Presidio mediante l'utilizzo di personale condiviso	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale di una procedura per P.O.	Obiettivo condiviso tra le DMPO e le UU.OO. del Presidio. Coordinato dalle DMPO

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 nel Gennaio 2021
Rimodulata nel Settembre 2021
DIRETTORE DIPARTIMENTO
DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO Dipartimento Neurosensoriale
UNITA' OPERATIVA UOSVD Oculistica Osp. della Murgia

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Formazione	B	Organizzazione Evento formativo per il personale medico e infermieristico delle UU.OO. della ASL	Almeno un evento formativo per P.O. sede di un'U.O. di Oftalmologia	Nella Relazione finale indicare data, sede, argomento e partecipanti. Obiettivo condiviso tra UU.OO. Di Oftalmologia
2	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
3	1 3	Controllo della Spesa	M	Protocollo per la corretta registrazione sul Sistema EDOTTO dei Farmaci in Somministrazione Ospedaliera e per la corretta gestione della procedura di scarico nella procedura di Magazzino	Invio Protocollo alla Direzione Sanitaria e Amministrativa	Obiettivo in comune a tutte le Farmacie Ospedaliere e alle UU.OO. Di Oncologia, Oculistica e Neurologia. Coordinato dalla Direzione del Dipartimento Gestione del Farmaco. Allegare mail di invio in Relazione
4	3	Integrazione Ospedale-Territorio	A	Proposta di organizzazione integrata Ospedale-Territorio dell'attività oftalmologica per la diagnosi ed il trattamento del Glaucoma	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 del P.O. "Di Venere"
5	3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulla Raccomandazione n. 1	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 1075/2020	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. Cliniche e le Farmacie Ospedaliere. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
6	3	Integrazione Ospedale-Territorio	A	Protocollo per la gestione, nella Struttura ospedaliera di riferimento, delle complicanze insorgenti in pazienti in Day Service chirurgico/oculistico erogato presso Strutture Territoriali	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale della procedura per P.O.	Condiviso tra DSS 3, 5, 10, 12 e 13, UU.OO. Day Service Oculistico e Polispec. Chir. di Terlizzi, DMPO e UU.OO. di Chir. Gen., Ortop. e Ocul. dei P.O. "S. Paolo", Molfetta, Murgia, Di Venere, Monopoli e Putignano. Coordinato dalle DMPO
7	3	Clinical governance	A	Modello organizzativo per la gestione del trasporto dei materiali biologici, presidi, farmaci, materiale di consumo e cartaceo tra le UU.OO. del Presidio mediante l'utilizzo di personale condiviso	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale di una procedura per P.O.	Obiettivo condiviso tra le DMPO e le UU.OO. del Presidio. Coordinato dalle DMPO

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 nel Gennaio 2021

Rimodulata nel Settembre 2021

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento 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%	
3 # 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	
4 # 1 2	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	> 500	
5 1 3	Controllo della Spesa	M	Protocollo per la corretta registrazione sul Sistema EDOTTO dei Farmaci in Somministrazione Ospedaliera e per la corretta gestione della procedura di scarico nella procedura di Magazzino	Invio Protocollo alla Direzione Sanitaria e Amministrativa	Obiettivo in comune a tutte le Farmacie Ospedaliere e alle UU.OO. Di Oncologia, Oculistica e Neurologia. Coordinato dalla Direzione del Dipartimento Gestione del Farmaco. Allegare mail di invio in Relazione
6 3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulla Raccomandazione n. 1	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 1075/2020	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. Cliniche e le Farmacie Ospedaliere. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
7 3	Clinical governance	A	Modello organizzativo per la gestione del trasporto dei materiali biologici, presidi, farmaci, materiale di consumo e cartaceo tra le UU.OO. del Presidio mediante l'utilizzo di personale condiviso	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale di una procedura per P.O.	Obiettivo condiviso tra le DMPO e le UU.OO. del Presidio. Coordinato dalle DMPO

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 nel Gennaio 2021
Rimodulata nel Settembre 2021
DIRETTORE DIPARTIMENTO
DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento 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	Clinical governance	M	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
4 # 1	Sanità digitale	M	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
5 # 1	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	> 2000	
6 3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulla Raccomandazione n. 1	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 1075/2020	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. Cliniche e le Farmacie Ospedaliere. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
7 3	Clinical governance	A	Modello organizzativo per la gestione del trasporto dei materiali biologici, presidi, farmaci, materiale di consumo e cartaceo tra le UU.OO. del Presidio mediante l'utilizzo di personale condiviso	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale di una procedura per P.O.	Obiettivo condiviso tra le DMPO e le UU.OO. del Presidio. Coordinato dalle DMPO

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 nel Gennaio 2021
Rimodulata nel Settembre 2021
DIRETTORE DIPARTIMENTO
DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento 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%	
3 # 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	
4 # 1 2	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	> 500	
5 1 3	Controllo della Spesa	M	Protocollo per la corretta registrazione sul Sistema EDOTTO dei Farmaci in Somministrazione Ospedaliera e per la corretta gestione della procedura di scarico nella procedura di Magazzino	Invio Protocollo alla Direzione Sanitaria e Amministrativa	Obiettivo in comune a tutte le Farmacie Ospedaliere e alle UU.OO. Di Oncologia, Oculistica e Neurologia. Coordinato dalla Direzione del Dipartimento Gestione del Farmaco. Allegare mail di invio in Relazione
6 3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulla Raccomandazione n. 1	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 1075/2020	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. Cliniche e le Farmacie Ospedaliere. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
7 3	Clinical governance	A	Modello organizzativo per la gestione del trasporto dei materiali biologici, presidi, farmaci, materiale di consumo e cartaceo tra le UU.OO. del Presidio mediante l'utilizzo di personale condiviso	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale di una procedura per P.O.	Obiettivo condiviso tra le DMPO e le UU.OO. del Presidio. Coordinato dalle DMPO

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 nel Gennaio 2021
Rimodulata nel Settembre 2021
DIRETTORE DIPARTIMENTO
DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento 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 inapproprietezza e ricoveri con DRG non a rischio inapproprietezza in regime ordinario	≤ 0,21	0,21 = intervallo di adeguatezza Comitato LEA
4 # 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	
5 # 1 2	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	> 2000	
6 3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulla Raccomandazione n. 1	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 1075/2020	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. Cliniche e le Farmacie Ospedaliere. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
7 3	Clinical governance	A	Modello organizzativo per la gestione del trasporto dei materiali biologici, presidi, farmaci, materiale di consumo e cartaceo tra le UU.OO. del Presidio mediante l'utilizzo di personale condiviso	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale di una procedura per P.O.	Obiettivo condiviso tra le DMPO e le UU.OO. del Presidio. Coordinato dalle DMPO

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 nel Gennaio 2021
Rimodulata nel Settembre 2021
DIRETTORE DIPARTIMENTO
DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO Dipartimento Neurosensoriale
UNITA' OPERATIVA UOSVD Oculistica Osp. Putignano

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Formazione	B	Organizzazione Evento formativo per il personale medico e infermieristico delle UU.OO. della ASL	Almeno un evento formativo per P.O. sede di un'U.O. di Oftalmologia	Nella Relazione finale indicare data, sede, argomento e partecipanti. Obiettivo condiviso tra UU.OO. Di Oftalmologia
2	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
3	1 3	Controllo della Spesa	M	Protocollo per la corretta registrazione sul Sistema EDOTTO dei Farmaci in Somministrazione Ospedaliera e per la corretta gestione della procedura di scarico nella procedura di Magazzino	Invio Protocollo alla Direzione Sanitaria e Amministrativa	Obiettivo in comune a tutte le Farmacie Ospedaliere e alle UU.OO. Di Oncologia, Oculistica e Neurologia. Coordinato dalla Direzione del Dipartimento Gestione del Farmaco. Allegare mail di invio in Relazione
4	3	Integrazione Ospedale-Territorio	A	Proposta di organizzazione integrata Ospedale-Territorio dell'attività oftalmologica per la diagnosi ed il trattamento del Glaucoma	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 del P.O. "Di Venere"
5	3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulla Raccomandazione n. 1	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 1075/2020	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. Cliniche e le Farmacie Ospedaliere. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
6	3	Integrazione Ospedale-Territorio	A	Protocollo per la gestione, nella Struttura ospedaliera di riferimento, delle complicanze insorgenti in pazienti in Day Service chirurgico/oculistico erogato presso Strutture Territoriali	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale della procedura per P.O.	Condiviso tra DSS 3, 5, 10, 12 e 13, UU.OO. Day Service Oculistico e Polispec. Chir. di Terlizzi, DMPO e UU.OO. di Chir. Gen., Ortop. e Ocul. dei P.O. "S. Paolo", Molfetta, Murgia, Di Venere, Monopoli e Putignano. Coordinato dalle DMPO
7	3	Clinical governance	A	Modello organizzativo per la gestione del trasporto dei materiali biologici, presidi, farmaci, materiale di consumo e cartaceo tra le UU.OO. del Presidio mediante l'utilizzo di personale condiviso	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale di una procedura per P.O.	Obiettivo condiviso tra le DMPO e le UU.OO. del Presidio. Coordinato dalle DMPO

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 nel Gennaio 2021

Rimodulata nel Settembre 2021

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento 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%	
5 # 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	
6 2 3	Integrazione Ospedale-Territorio	M	N. prestazioni prenotate su Agende condivise tra Consultori del DSS BA e U.O. Ostetricia e Ginecologia del P.O. "San Paolo" per l'ottimizzazione del percorso di accesso alle cure ostetrico-ginecologiche	>10 all'anno	Obiettivo condiviso tra il DSS BA e U.O. Ostetricia e Ginecologia P.O. "San Paolo"
7 3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulla Raccomandazione n. 1	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 1075/2020	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. Cliniche e le Farmacie Ospedaliere. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
8 3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulle Raccomandazioni n. 6 e 16	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 675/2019	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. Di Anestesia (Ospedali con punto nascita), Ostetricia e Pediatria/UTIN. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
9 3	Clinical governance	A	Modello organizzativo per la gestione del trasporto dei materiali biologici, presidi, farmaci, materiale di consumo e cartaceo tra le UU.OO. del Presidio mediante l'utilizzo di personale condiviso	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale di una procedura per P.O.	Obiettivo condiviso tra le DMPO e le UU.OO. del Presidio. Coordinato dalle DMPO

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 nel Gennaio 2021
Rimodulata nel Settembre 2021
DIRETTORE DIPARTIMENTO
DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento 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%	
3 # 1 2	Clinical governance	A	% di ricoveri per Gastroenterite	< 3% dei pazienti dimessi	Escluse le dimissioni dal Nido
4 # 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	Escluse le dimissioni dal Nido
5 3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulla Raccomandazione n. 1	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 1075/2020	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. Cliniche e le Farmacie Ospedaliere. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
6 3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulle Raccomandazioni n. 6 e 16	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 675/2019	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. Di Anestesia (Ospedali con punto nascita), Ostetricia e Pediatria/UTIN. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
7 3	Clinical governance	A	Modello organizzativo per la gestione del trasporto dei materiali biologici, presidi, farmaci, materiale di consumo e cartaceo tra le UU.OO. del Presidio mediante l'utilizzo di personale condiviso	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale di una procedura per P.O.	Obiettivo condiviso tra le DMPO e le UU.OO. del Presidio. Coordinato dalle DMPO

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 nel Gennaio 2021
Rimodulata nel Settembre 2021
DIRETTORE DIPARTIMENTO
DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento 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%	
5 # 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	
6 3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulla Raccomandazione n. 1	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 1075/2020	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. Cliniche e le Farmacie Ospedaliere. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
7 3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulle Raccomandazioni n. 6 e 16	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 675/2019	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. Di Anestesia (Ospedali con punto nascita), Ostetricia e Pediatria/UTIN. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
8 3	Clinical governance	A	Modello organizzativo per la gestione del trasporto dei materiali biologici, presidi, farmaci, materiale di consumo e cartaceo tra le UU.OO. del Presidio mediante l'utilizzo di personale condiviso	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale di una procedura per P.O.	Obiettivo condiviso tra le DMPO e le UU.OO. del Presidio. Coordinato dalle DMPO

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 nel Gennaio 2021
Rimodulata nel Settembre 2021
DIRETTORE DIPARTIMENTO
DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO Dipartimento 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%	
3 # 1 2	Clinical governance	A	% di ricoveri per Gastroenterite	< 3% dei pazienti dimessi	Escluse le dimissioni dal Nido
4 # 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	Escluse le dimissioni dal Nido
5 3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulla Raccomandazione n. 1	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 1075/2020	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. Cliniche e le Farmacie Ospedaliere. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
6 3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulle Raccomandazioni n. 6 e 16	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 675/2019	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. Di Anestesia (Ospedali con punto nascita), Ostetricia e Pediatria/UTIN. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
7 3	Clinical governance	A	Modello organizzativo per la gestione del trasporto dei materiali biologici, presidi, farmaci, materiale di consumo e cartaceo tra le UU.OO. del Presidio mediante l'utilizzo di personale condiviso	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale di una procedura per P.O.	Obiettivo condiviso tra le DMPO e le UU.OO. del Presidio. Coordinato dalle DMPO

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 nel Gennaio 2021

Rimodulata nel Settembre 2021

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento 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%	
5 # 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	
6 3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulla Raccomandazione n. 1	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 1075/2020	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. Cliniche e le Farmacie Ospedaliere. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
7 3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulle Raccomandazioni n. 6 e 16	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 675/2019	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. Di Anestesia (Ospedali con punto nascita), Ostetricia e Pediatria/UTIN. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
8 3	Clinical governance	A	Modello organizzativo per la gestione del trasporto dei materiali biologici, presidi, farmaci, materiale di consumo e cartaceo tra le UU.OO. del Presidio mediante l'utilizzo di personale condiviso	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale di una procedura per P.O.	Obiettivo condiviso tra le DMPO e le UU.OO. del Presidio. Coordinato dalle DMPO

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 nel Gennaio 2021
Rimodulata nel Settembre 2021
DIRETTORE DIPARTIMENTO
DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento 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%	
3 # 1 2	Clinical governance	A	% di ricoveri per Gastroenterite	< 3% dei pazienti dimessi	Escluse le dimissioni dal Nido
4 # 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	Escluse le dimissioni dal Nido
5 3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulla Raccomandazione n. 1	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 1075/2020	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. Cliniche e le Farmacie Ospedaliere. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
6 3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulle Raccomandazioni n. 6 e 16	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 675/2019	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. Di Anestesia (Ospedali con punto nascita), Ostetricia e Pediatria/UTIN. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
7 3	Clinical governance	A	Modello organizzativo per la gestione del trasporto dei materiali biologici, presidi, farmaci, materiale di consumo e cartaceo tra le UU.OO. del Presidio mediante l'utilizzo di personale condiviso	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale di una procedura per P.O.	Obiettivo condiviso tra le DMPO e le UU.OO. del Presidio. Coordinato dalle DMPO

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 nel Gennaio 2021
Rimodulata nel Settembre 2021
DIRETTORE DIPARTIMENTO
DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento 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%	
5 # 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	
6 3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulla Raccomandazione n. 1	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 1075/2020	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. Cliniche e le Farmacie Ospedaliere. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
7 3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulle Raccomandazioni n. 6 e 16	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 675/2019	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. Di Anestesia (Ospedali con punto nascita), Ostetricia e Pediatria/UTIN. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
8 3	Clinical governance	A	Modello organizzativo per la gestione del trasporto dei materiali biologici, presidi, farmaci, materiale di consumo e cartaceo tra le UU.OO. del Presidio mediante l'utilizzo di personale condiviso	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale di una procedura per P.O.	Obiettivo condiviso tra le DMPO e le UU.OO. del Presidio. Coordinato dalle DMPO

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 nel Gennaio 2021
Rimodulata nel Settembre 2021
DIRETTORE DIPARTIMENTO
DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO Dipartimento 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%	
3 # 1 2	Clinical governance	A	% di ricoveri per Gastroenterite	< 3% dei pazienti dimessi	Escluse le dimissioni dal Nido
4 # 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	Escluse le dimissioni dal Nido
5 3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulla Raccomandazione n. 1	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 1075/2020	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. Cliniche e le Farmacie Ospedaliere. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
6 3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulle Raccomandazioni n. 6 e 16	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 675/2019	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. Di Anestesia (Ospedali con punto nascita), Ostetricia e Pediatria/UTIN. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
7 3	Clinical governance	A	Modello organizzativo per la gestione del trasporto dei materiali biologici, presidi, farmaci, materiale di consumo e cartaceo tra le UU.OO. del Presidio mediante l'utilizzo di personale condiviso	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale di una procedura per P.O.	Obiettivo condiviso tra le DMPO e le UU.OO. del Presidio. Coordinato dalle DMPO

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 nel Gennaio 2021

Rimodulata nel Settembre 2021

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO Dipartimento Gestione Avanzata Rischio Riproduttivo e Gravidanze a Rischio

UNITA' OPERATIVA **UOC Genetica Medica Osp. Di Venere**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	4	Appropriatezza setting assistenziale	M	Percentuale aberrazioni genomiche diagnosticate alla diagnosi invasiva mediante prelievo di villi coriali (villocentesi)	%>20% delle procedure invasive	
2	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.
3	3	Efficienza organizzativa	M	Tempi di attesa per visite di genetica medica programmabili	< 60 gg.	Certificato dall'Ufficio CUP-Ticket
4	4 3	Miglioramento della qualità assistenziale	A	Messa a punto Pannello NGS per diagnosi Rasopatie ed Internalizzazione della analisi dei casi identificati in epoca prenatale (UOC Medicina Fetale) e postnatale (utenza ambulatoriale)	Almeno 20 casi	Report trimestrale da inviare all'UO Controllo di Gestione, da allegare nella Relazione finale assieme alla documentazione relativa all'avvio della metodica.
5	4 3	Miglioramento della qualità assistenziale	A	Utilizzo di Nuovo sistema di Sequenziamento NGS per test DNA fetale (NIPT) con estensione dello stesso alle aneuploidie dei cromosomi sessuali.	Implementazione definitiva del test del DNA fetale nel nostro SSR dopo la fase di Progetto regionale	Allegare alla Relazione finale documentazione relativa all'avvio della metodica.
6	4 3	Miglioramento della qualità assistenziale	A	Analisi esomica di Casi clinici ambulatoriali o provenienti da reparti UTIN con sospetto per sindromi su base genetica e/o malattia rare	Esecuzione di almeno 80 indagini esomica con evidenza di varianti del DNA causative in almeno il 20% dei casi (appropriatezza diagnostica)	

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 nel Gennaio 2021

Rimodulata nel Settembre 2021

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO Dipartimento Gestione Avanzata Rischio Riproduttivo e Gravidanze a Rischio

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%	
5 # 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	
6 3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulla Raccomandazione n. 1	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 1075/2020	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. Cliniche e le Farmacie Ospedaliere. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
7 3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulle Raccomandazioni n. 6 e 16	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 675/2019	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. Di Anestesia (Ospedali con punto nascita), Ostetricia e Pediatria/UTIN. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
8 3	Clinical governance	A	Modello organizzativo per la gestione del trasporto dei materiali biologici, presidi, farmaci, materiale di consumo e cartaceo tra le UU.OO. del Presidio mediante l'utilizzo di personale condiviso	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale di una procedura per P.O.	Obiettivo condiviso tra le DMPO e le UU.OO. del Presidio. Coordinato dalle DMPO
10 3	Miglioramento della qualità assistenziale	A	Elaborazione di PDTA Aziendale del Carcinoma della Mammella sulla base del PDTA Regionale	Invio con mail del Protocollo elaborato secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità entro il 30/09/2021	Obiettivo in comune tra Chirurgia Senologica (coordin.), Chirurgia Plastica, Oncologia, Radiodiagn. Senologica, Rianimazione P.O. San Paolo, Med. Nucleare e Ginecologia P.O. Di Venere, Cure Palliative. Allegare 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 nel Gennaio 2021

Rimodulata nel Settembre 2021

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO Dipartimento Gestione Avanzata Rischio Riproduttivo e Gravidanze a Rischio

UNITA' OPERATIVA **UOC Neonatologia e UTIN Osp. Di Venere**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Obblighi informativi	B	Redazione Report attività 2018-2019-2020-2021	N. 1 Report	Da allegare alla Relazione finale utilizzando la modulistica concordata con l'U.O. Controllo di Gestione
2	3	Obblighi informativi	B	Redazione Report su nati vivi da tecnica di inseminazione semplice e di II e III livello 2018-2019-2020-2021	N. 1 Report	Da allegare alla Relazione finale utilizzando la modulistica concordata con l'U.O. Controllo di Gestione
3	2 4	Registro regionale delle malformazioni	M	N° casi comunicati	Comunicazione del 100% dei casi	Subordinato alla prosecuzione del Progetto Regionale
4	2	Potenziamento screening	M	N° di neonati sottoposti a screening audiologico neonatale/N° tot. di bambini nati vivi	≥ 80%	
5	3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulla Raccomandazione n. 1	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 1075/2020	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. Cliniche e le Farmacie Ospedaliere. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
6	3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulle Raccomandazioni n. 6 e 16	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 675/2019	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. Di Anestesia (Ospedali con punto nascita), Ostetricia e Pediatria/UTIN. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
7	3	Clinical governance	A	Modello organizzativo per la gestione del trasporto dei materiali biologici, presidi, farmaci, materiale di consumo e cartaceo tra le UU.OO. del Presidio mediante l'utilizzo di personale condiviso	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale di una procedura per P.O.	Obiettivo condiviso tra le DMPO e le UU.OO. del Presidio. Coordinato dalle DMPO

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 nel Gennaio 2021

Rimodulata nel Settembre 2021

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO Dipartimento Gestione Avanzata Rischio Riproduttivo e Gravidanze a Rischio

UNITA' OPERATIVA **UOSVD PMA Conversano**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Obblighi informativi	M	Redazione Report attività I e II livello per gli anni 2018-2019-2020-2021	Redazione Report	Da allegare alla Relazione finale utilizzando la modulistica concordata con l'U.O. Controllo di Gestione
2	# 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
3	# 1 2	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	> 5000	
4	3	Clinical governance	A	Procedura per il percorso delle paziente prese in carico dalla PMA di Conversano.	Invio della Procedura con mail all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità. Allegare la mail di invio alla Relazione finale	La procedura dovrà contenere: -Percorso pre-operatorio con stratificaz. del rischio operatorio/anestesiologico -Percorso intraoperatorio, comprese prescriz. terapeutiche per il domicilio, cartella clinica e modalità di dimissioni -Controllo e follow up
5	3	Miglioramento della qualità assistenziale	A	Elaborazione di protocollo per la gestione del servizio di counselling fertilità per le pazienti giovani	Invio con mail del Protocollo elaborato secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità entro il 30/09/2021	Obiettivo in comune tra Oncologia del P.O. San Paolo e PMA Conversano. Allegare 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 nel Gennaio 2021

Rimodulata nel Settembre 2021

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento di Anestesia e Rianimazione

UNITA' OPERATIVA
UOC Anestesia e Rianimazione Osp. San Paolo

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	# 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	> 75%	
2	4	Donazione Organi e/o Tessuti	B	N. donazioni/N. accertamenti morte cerebrale	2021 > 2020	Dati forniti dalla Commissione Trapianti ASL BA
3	3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulla Raccomandazione n. 1	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 1075/2020	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. Cliniche e le Farmacie Ospedaliere. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
4	3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulle Raccomandazioni n. 6 e 16	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 675/2019	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. Di Anestesia (Ospedali con punto nascita), Ostetricia e Pediatria/UTIN. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
5	3	Clinical governance	A	Procedura per la preparazione ed il corretto posizionamento del paziente in sala operatoria	Invio alla U.O. GRC	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. Di Anestesia e Rianimazione. Coordinato da ?
6	3	Clinical governance	A	Modello organizzativo per la gestione del trasporto dei materiali biologici, presidi, farmaci, materiale di consumo e cartaceo tra le UU.OO. del Presidio mediante l'utilizzo di personale condiviso	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale di una procedura per P.O.	Obiettivo condiviso tra le DMPO e le UU.OO. del Presidio. Coordinato dalle DMPO
7	3	Miglioramento della qualità assistenziale	A	Elaborazione di PDTA Aziendale del Carcinoma della Mammella sulla base del PDTA Regionale	Invio con mail del Protocollo elaborato secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità entro il 30/09/2021	Obiettivo in comune tra Chirurgia Senologica (coordin.), Chirurgia Plastica, Oncologia, Radiodiagn. Senologica, Rianimazione P.O. San Paolo, Med. Nucleare e Ginecologia P.O. Di Venere, Cure Palliative. Allegare 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 nel Gennaio 2021
Rimodulata nel Settembre 2021
DIRETTORE DIPARTIMENTO
DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento di Anestesia e Rianimazione

UNITA' OPERATIVA
UOSVD Anestesia e Rianimazione 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%	
2 3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulla Raccomandazione n. 1	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 1075/2020	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. Cliniche e le Farmacie Ospedaliere. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
3 3	Clinical governance	A	Procedura per la preparazione ed il corretto posizionamento del paziente in sala operatoria	Invio alla U.O. GRC	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. Di Anestesia e Rianimazione. Coordinato da ?
4 3	Clinical governance	A	Modello organizzativo per la gestione del trasporto dei materiali biologici, presidi, farmaci, materiale di consumo e cartaceo tra le UU.OO. del Presidio mediante l'utilizzo di personale condiviso	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale di una procedura per P.O.	Obiettivo condiviso tra le DMPO e le UU.OO. del Presidio. Coordinato dalle DMPO

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 nel Gennaio 2021
Rimodulata nel Settembre 2021
DIRETTORE DIPARTIMENTO
DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento di Anestesia e Rianimazione

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%	
2 4 2	Donazione Organi e/o Tessuti	B	N. donazioni/N. accertamenti morte cerebrale	2021 > 2020	Dati forniti dalla Commissione Trapianti ASL BA
3 3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulla Raccomandazione n. 1	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 1075/2020	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. Cliniche e le Farmacie Ospedaliere. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
4 3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulle Raccomandazioni n. 6 e 16	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 675/2019	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. Di Anestesia (Ospedali con punto nascita), Ostetricia e Pediatria/UTIN. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
5 3	Clinical governance	A	Procedura per la preparazione ed il corretto posizionamento del paziente in sala operatoria	Invio alla U.O. GRC	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. Di Anestesia e Rianimazione. Coordinato da ?
6 3	Clinical governance	A	Modello organizzativo per la gestione del trasporto dei materiali biologici, presidi, farmaci, materiale di consumo e cartaceo tra le UU.OO. del Presidio mediante l'utilizzo di personale condiviso	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale di una procedura per P.O.	Obiettivo condiviso tra le DMPO e le UU.OO. del Presidio. Coordinato dalle DMPO

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 nel Gennaio 2021
Rimodulata nel Settembre 2021
DIRETTORE DIPARTIMENTO
DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento di Anestesia e Rianimazione

UNITA' OPERATIVA
UOC Anestesia e Rianimazione Osp. della Murgia

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%	
2 4 2	Donazione Organi e/o Tessuti	B	N. donazioni/N. accertamenti morte cerebrale	2021 > 2020	Dati forniti dalla Commissione Trapianti ASL BA
3 3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulla Raccomandazione n. 1	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 1075/2020	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. Cliniche e le Farmacie Ospedaliere. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
4 3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulle Raccomandazioni n. 6 e 16	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 675/2019	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. Di Anestesia (Ospedali con punto nascita), Ostetricia e Pediatria/UTIN. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
5 3	Clinical governance	A	Procedura per la preparazione ed il corretto posizionamento del paziente in sala operatoria	Invio alla U.O. GRC	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. Di Anestesia e Rianimazione. Coordinato da ?
6 3	Clinical governance	A	Modello organizzativo per la gestione del trasporto dei materiali biologici, presidi, farmaci, materiale di consumo e cartaceo tra le UU.OO. del Presidio mediante l'utilizzo di personale condiviso	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale di una procedura per P.O.	Obiettivo condiviso tra le DMPO e le UU.OO. del Presidio. Coordinato dalle DMPO

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 nel Gennaio 2021
Rimodulata nel Settembre 2021
DIRETTORE DIPARTIMENTO
DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento di Anestesia e Rianimazione

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%	
2 4 2	Donazione Organi e/o Tessuti	B	N. donazioni/N. accertamenti morte cerebrale	2021 > 2020	Dati forniti dalla Commissione Trapianti ASL BA
3 3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulla Raccomandazione n. 1	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 1075/2020	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. Cliniche e le Farmacie Ospedaliere. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
4 3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulle Raccomandazioni n. 6 e 16	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 675/2019	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. Di Anestesia (Ospedali con punto nascita), Ostetricia e Pediatria/UTIN. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
5 3	Clinical governance	A	Procedura per la preparazione ed il corretto posizionamento del paziente in sala operatoria	Invio alla U.O. GRC	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. Di Anestesia e Rianimazione. Coordinato da ?
6 3	Clinical governance	A	Modello organizzativo per la gestione del trasporto dei materiali biologici, presidi, farmaci, materiale di consumo e cartaceo tra le UU.OO. del Presidio mediante l'utilizzo di personale condiviso	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale di una procedura per P.O.	Obiettivo condiviso tra le DMPO e le UU.OO. del Presidio. Coordinato dalle DMPO

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 nel Gennaio 2021
Rimodulata nel Settembre 2021
DIRETTORE DIPARTIMENTO
DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento di Anestesia e Rianimazione

UNITA' OPERATIVA
UOSVD Anestesia e Rianimazione Osp. Putignano

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulla Raccomandazione n. 1	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 1075/2020	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. Cliniche e le Farmacie Ospedaliere. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
2	3	Clinical governance	A	Procedura per la preparazione ed il corretto posizionamento del paziente in sala operatoria	Invio alla U.O. GRC	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. Di Anestesia e Rianimazione. Coordinato da ?
3	3	Clinical governance	A	Modello organizzativo per la gestione del trasporto dei materiali biologici, presidi, farmaci, materiale di consumo e cartaceo tra le UU.OO. del Presidio mediante l'utilizzo di personale condiviso	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale di una procedura per P.O.	Obiettivo condiviso tra le DMPO e le UU.OO. del Presidio. Coordinato dalle DMPO

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 nel Gennaio 2021
Rimodulata nel Settembre 2021
DIRETTORE DIPARTIMENTO
DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento della Radiodiagnostica

UNITA' OPERATIVA
UOC Medicina Nucleare Osp. Di Venere

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Clinical governance	A	Elaborazione di una tabella delle classi espositive di rischio per l'attuazione della direttiva 2013/59/EURATOM (D.Lgs. 31/07/2020, n.101)	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale del documento	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. del Dipartimento e la U.O. Fisica Sanitaria
2	3	Clinical governance	M	Protocollo operativo per la preparazione e controlli di qualità sui radiofarmaci cardiotropi	Invio con mail della procedura secondo DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Allegare mail di invio alla Relazione finale
3	3	Clinical governance	M	Protocollo operativo per la esecuzione di indagini con radiofarmaci cardiotropi	Invio con mail della procedura secondo DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Allegare mail di invio alla Relazione finale
4	3	Clinical governance	M	Protocollo operativo per controlli di qualità su calibratore di dose	Invio con mail della procedura secondo DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. Di Medicina Nucleare e Fisica Sanitaria. Allegare mail di invio alla Relazione finale
5	3	Miglioramento della qualità assistenziale	A	Elaborazione di PDTA Aziendale del Carcinoma della Mammella sulla base del PDTA Regionale	Invio con mail del Protocollo elaborato secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità entro il 30/09/2021	Obiettivo in comune tra Chirurgia Senologica (ordin.), Chirurgia Plastica, Oncologia, Radiodiagn. Senologica, Rianimazione P.O. San Paolo, Med. Nucleare e Ginecologia P.O. Di Venere, Cure Palliative. Allegare 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 nel Gennaio 2021
Rimodulata nel Settembre 2021
DIRETTORE DIPARTIMENTO
DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO Dipartimento della Radiodiagnostica
 UNITA' OPERATIVA **UOSVD Radiodiagnostica Osp. Molfetta**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Efficienza organizzativa	B	Effettuazione esami e refertazione di TC e RM, ove presente entro 72 h. dalla richiesta per pazienti ricoverati	Certificazione semestrale del Direttore Medico di Presidio da inviare al Direttore del Dipartimento	Nelle indagini con mdc le 72 h. decorrono dalla ricezione della richiesta completa di esami ematochimici e/o di eventuali preparazione anti allergica.
2	3 2	Miglioramento della qualità assistenziale	M	Elaborazione e adozione di un protocollo operativo "Raccomandazione per la Donna in allattamento sottoposta ad esami radiologici con l'impiego di mezzo di contrasto endovascolare"	Invio con mail del Protocollo elaborato secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Obiettivo in comune tra UU.OO. di Radiodiagnostica. Coordinato da U.O. Radiodiagnostica Di Venere. Allegare mail di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale
3	3	Efficienza organizzativa	M	Procedura di standardizzazione per la definizione delle attività complementari di Radiologia (sala operatoria, indagini in reparto, etc.)	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. Coordinato da U.O. Radiodiagnostica Di Venere. Allegare mail di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale
4	3 2	Miglioramento della qualità assistenziale	M	Documento sull'uso dei Dispositivi di Protezione Individuale antiX per pazienti sottoposti a esame radiologici.	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. Coordinato da U.O. Radiodiagnostica Di Venere. Allegare mail di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale
5	3	Clinical governance	A	Elaborazione di una tabella delle classi espositive di rischio per l'attuazione della direttiva 2013/59/EURATOM (D.Lgs. 31/07/2020, n.101)	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale del documento	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. del Dipartimento e la U.O. Fisica Sanitaria. Coordinato da U.O. Fisica Sanitaria

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 nel Gennaio 2021

Rimodulata nel Settembre 2021

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO Dipartimento delle Direzioni Mediche di Presidio Ospedaliero

UNITA' OPERATIVA UOC Direzione Sanitaria Osp. San Paolo

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	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. Obiettivo subordinato al superamento dell'emergenza Covid-19
2	3	Efficienza organizzativa	M	Organizzazione di incontri trimestrali con le singole UU.OO. sull'andamento della spesa per beni sanitari	N. 4 Verbalì incontri	Incontri da organizzare con la U.O. Farmacia, la Direzione Amministrativa e le UU.OO. Da allegare alla Relazione finale
3	3	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
4	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione	Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dal Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021-2023 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
5	3	Formazione	B	Organizzazione di eventi formativi sull'appropriatezza prescrittiva dei Dispositivi Monouso di Assistenza Integrativa (All. 2 al DPCM 12/01/2017)	Un evento per gli Specialisti territoriali ed uno per gli Specialisti ospedalieri	Obiettivo in comune a tutti i Distretti e DMPO. Coordinato dal DSS Bari
6	3	Integrazione Ospedale-Territorio	A	Protocollo per la gestione, nella Struttura ospedaliera di riferimento, delle complicanze insorgenti in pazienti in Day Service chirurgico/oculistico erogato presso Strutture Territoriali	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale della procedura per P.O.	Condiviso tra DSS 3, 5, 10, 12 e 13, UU.OO. Day Service Oculistico e Polispec. Chir. di Tertizzi, DMPO e UU.OO. di Chir. Gen., Ortop. e Ocul. dei P.O. "S. Paolo", Molfetta, Murgia, Di Venere, Monopoli e Putignano. Coordinato dalle DMPO
7	3	Clinical governance	A	Modello organizzativo per la gestione del trasporto dei materiali biologici, presidi, farmaci, materiale di consumo e cartaceo tra le UU.OO. del Presidio mediante l'utilizzo di personale condiviso	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale di una procedura per P.O.	Obiettivo condiviso tra le DMPO e le UU.OO. del Presidio. Coordinato dalle DMPO

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 nel Gennaio 2021

Rimodulata nel Settembre 2021

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO Dipartimento delle Direzioni Mediche di Presidio Ospedaliero

UNITA' OPERATIVA UOC Direzione Sanitaria Osp. Di Venere-Triggiano

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	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. Obiettivo subordinato al superamento dell'emergenza Covid-19
2	3	Efficienza organizzativa	M	Organizzazione di incontri trimestrali con le singole UU.OO. sull'andamento della spesa per beni sanitari	N. 4 Verbalì incontri	Incontri da organizzare con la U.O. Farmacia, la Direzione Amministrativa e le UU.OO. Da allegare alla Relazione finale
3	3	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
4	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione	Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dal Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021-2023 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
5	3	Formazione	B	Organizzazione di eventi formativi sull'appropriatezza prescrittiva dei Dispositivi Monouso di Assistenza Integrativa (All. 2 al DPCM 12/01/2017)	Un evento per gli Specialisti territoriali ed uno per gli Specialisti ospedalieri	Obiettivo in comune a tutti i Distretti e DMPO. Coordinato dal DSS Bari
6	3	Integrazione Ospedale-Territorio	A	Protocollo per la gestione, nella Struttura ospedaliera di riferimento, delle complicanze insorgenti in pazienti in Day Service chirurgico/oculistico erogato presso Strutture Territoriali	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale della procedura per P.O.	Condiviso tra DSS 3, 5, 10, 12 e 13, UU.OO. Day Service Oculistico e Polispec. Chir. di Tertizzi, DMPO e UU.OO. di Chir. Gen., Ortop. e Ocul. dei P.O. "S. Paolo", Molfetta, Murgia, Di Venere, Monopoli e Putignano. Coordinato dalle DMPO
7	3	Clinical governance	A	Modello organizzativo per la gestione del trasporto dei materiali biologici, presidi, farmaci, materiale di consumo e cartaceo tra le UU.OO. del Presidio mediante l'utilizzo di personale condiviso	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale di una procedura per P.O.	Obiettivo condiviso tra le DMPO e le UU.OO. del Presidio. Coordinato dalle DMPO

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 nel Gennaio 2021

Rimodulata nel Settembre 2021

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO Dipartimento delle Direzioni Mediche di Presidio Ospedaliero

UNITA' OPERATIVA UOC Direzione Sanitaria Osp. della Murgia

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	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. Obiettivo subordinato al superamento dell'emergenza Covid-19
2	3	Efficienza organizzativa	M	Organizzazione di incontri trimestrali con le singole UU.OO. sull'andamento della spesa per beni sanitari	N. 4 Verbalì incontri	Incontri da organizzare con la U.O. Farmacia, la Direzione Amministrativa e le UU.OO. Da allegare alla Relazione finale
3	3	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
4	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione	Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dal Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021-2023 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
5	3	Formazione	B	Organizzazione di eventi formativi sull'appropriatezza prescrittiva dei Dispositivi Monouso di Assistenza Integrativa (All. 2 al DPCM 12/01/2017)	Un evento per gli Specialisti territoriali ed uno per gli Specialisti ospedalieri	Obiettivo in comune a tutti i Distretti e DMPO. Coordinato dal DSS Bari
6	3	Integrazione Ospedale-Territorio	A	Protocollo per la gestione, nella Struttura ospedaliera di riferimento, delle complicanze insorgenti in pazienti in Day Service chirurgico/oculistico erogato presso Strutture Territoriali	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale della procedura per P.O.	Condiviso tra DSS 3, 5, 10, 12 e 13, UU.OO. Day Service Oculistico e Polispec. Chir. di Tertizzi, DMPO e UU.OO. di Chir. Gen., Ortop. e Ocul. dei P.O. "S. Paolo", Molfetta, Murgia, Di Venere, Monopoli e Putignano. Coordinato dalle DMPO
7	3	Clinical governance	A	Modello organizzativo per la gestione del trasporto dei materiali biologici, presidi, farmaci, materiale di consumo e cartaceo tra le UU.OO. del Presidio mediante l'utilizzo di personale condiviso	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale di una procedura per P.O.	Obiettivo condiviso tra le DMPO e le UU.OO. del Presidio. Coordinato dalle DMPO

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 nel Gennaio 2021

Rimodulata nel Settembre 2021

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO Dipartimento delle Direzioni Mediche di Presidio Ospedaliero

UNITA' OPERATIVA UOC Direzione Sanitaria Osp. Monopoli

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	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. Obiettivo subordinato al superamento dell'emergenza Covid-19
2	3	Efficienza organizzativa	M	Organizzazione di incontri trimestrali con le singole UU.OO. sull'andamento della spesa per beni sanitari	N. 4 Verbalì incontri	Incontri da organizzare con la U.O. Farmacia, la Direzione Amministrativa e le UU.OO. Da allegare alla Relazione finale
3	3	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
4	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione	Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dal Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021-2023 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
5	3	Formazione	B	Organizzazione di eventi formativi sull'appropriatezza prescrittiva dei Dispositivi Monouso di Assistenza Integrativa (All. 2 al DPCM 12/01/2017)	Un evento per gli Specialisti territoriali ed uno per gli Specialisti ospedalieri	Obiettivo in comune a tutti i Distretti e DMPO. Coordinato dal DSS Bari
6	3	Integrazione Ospedale-Territorio	A	Protocollo per la gestione, nella Struttura ospedaliera di riferimento, delle complicanze insorgenti in pazienti in Day Service chirurgico/oculistico erogato presso Strutture Territoriali	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale della procedura per P.O.	Condiviso tra DSS 3, 5, 10, 12 e 13, UU.OO. Day Service Oculistico e Polispec. Chir. di Tertizzi, DMPO e UU.OO. di Chir. Gen., Ortop. e Ocul. dei P.O. "S. Paolo", Molfetta, Murgia, Di Venere, Monopoli e Putignano. Coordinato dalle DMPO
7	3	Clinical governance	A	Modello organizzativo per la gestione del trasporto dei materiali biologici, presidi, farmaci, materiale di consumo e cartaceo tra le UU.OO. del Presidio mediante l'utilizzo di personale condiviso	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale di una procedura per P.O.	Obiettivo condiviso tra le DMPO e le UU.OO. del Presidio. Coordinato dalle DMPO

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 nel Gennaio 2021

Rimodulata nel Settembre 2021

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO Dipartimento delle Direzioni Mediche di Presidio Ospedaliero

UNITA' OPERATIVA UOSVD Direzione Sanitaria Osp. Putignano

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	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. Obiettivo subordinato al superamento dell'emergenza Covid-19
2	3	Efficienza organizzativa	M	Organizzazione di incontri trimestrali con le singole UU.OO. sull'andamento della spesa per beni sanitari	N. 4 Verbalì incontri	Incontri da organizzare con la U.O. Farmacia, la Direzione Amministrativa e le UU.OO. Da allegare alla Relazione finale
3	3	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
4	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione	Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dal Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021-2023 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
5	3	Formazione	B	Organizzazione di eventi formativi sull'appropriatezza prescrittiva dei Dispositivi Monouso di Assistenza Integrativa (All. 2 al DPCM 12/01/2017)	Un evento per gli Specialisti territoriali ed uno per gli Specialisti ospedalieri	Obiettivo in comune a tutti i Distretti e DMPO. Coordinato dal DSS Bari
6	3	Integrazione Ospedale-Territorio	A	Protocollo per la gestione, nella Struttura ospedaliera di riferimento, delle complicanze insorgenti in pazienti in Day Service chirurgico/oculistico erogato presso Strutture Territoriali	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale della procedura per P.O.	Condiviso tra DSS 3, 5, 10, 12 e 13, UU.OO. Day Service Oculistico e Polispec. Chir. di Tertizzi, DMPO e UU.OO. di Chir. Gen., Ortop. e Ocul. dei P.O. "S. Paolo", Molfetta, Murgia, Di Venere, Monopoli e Putignano. Coordinato dalle DMPO
7	3	Clinical governance	A	Modello organizzativo per la gestione del trasporto dei materiali biologici, presidi, farmaci, materiale di consumo e cartaceo tra le UU.OO. del Presidio mediante l'utilizzo di personale condiviso	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale di una procedura per P.O.	Obiettivo condiviso tra le DMPO e le UU.OO. del Presidio. Coordinato dalle DMPO

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 nel Gennaio 2021

Rimodulata nel Settembre 2021

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO Dipartimento delle Direzioni Mediche di Presidio Ospedaliero

UNITA' OPERATIVA UOSVD Direzione Sanitaria Osp. Molfetta

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	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. Obiettivo subordinato al superamento dell'emergenza Covid-19
2	3	Efficienza organizzativa	M	Organizzazione di incontri trimestrali con le singole UU.OO. sull'andamento della spesa per beni sanitari	N. 4 Verbalì incontri	Incontri da organizzare con la U.O. Farmacia, la Direzione Amministrativa e le UU.OO. Da allegare alla Relazione finale
3	3	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
4	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione	Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dal Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021-2023 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
5	3	Formazione	B	Organizzazione di eventi formativi sull'appropriatezza prescrittiva dei Dispositivi Monouso di Assistenza Integrativa (All. 2 al DPCM 12/01/2017)	Un evento per gli Specialisti territoriali ed uno per gli Specialisti ospedalieri	Obiettivo in comune a tutti i Distretti e DMPO. Coordinato dal DSS Bari
6	3	Integrazione Ospedale-Territorio	A	Protocollo per la gestione, nella Struttura ospedaliera di riferimento, delle complicanze insorgenti in pazienti in Day Service chirurgico/oculistico erogato presso Strutture Territoriali	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale della procedura per P.O.	Condiviso tra DSS 3, 5, 10, 12 e 13, UU.OO. Day Service Oculistico e Polispec. Chir. di Tertizzi, DMPO e UU.OO. di Chir. Gen., Ortop. e Ocul. dei P.O. "S. Paolo", Molfetta, Murgia, Di Venere, Monopoli e Putignano. Coordinato dalle DMPO
7	3	Clinical governance	A	Modello organizzativo per la gestione del trasporto dei materiali biologici, presidi, farmaci, materiale di consumo e cartaceo tra le UU.OO. del Presidio mediante l'utilizzo di personale condiviso	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale di una procedura per P.O.	Obiettivo condiviso tra le DMPO e le UU.OO. del Presidio. Coordinato dalle DMPO

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 nel Gennaio 2021

Rimodulata nel Settembre 2021

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO Dipartimento delle Direzioni Mediche di Presidio Ospedaliero

UNITA' OPERATIVA UOSVD Direzione Sanitaria Osp. Corato

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	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. Obiettivo subordinato al superamento dell'emergenza Covid-19
2	3	Efficienza organizzativa	M	Organizzazione di incontri trimestrali con le singole UU.OO. sull'andamento della spesa per beni sanitari	N. 4 Verbalì incontri	Incontri da organizzare con la U.O. Farmacia, la Direzione Amministrativa e le UU.OO. Da allegare alla Relazione finale
3	3	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
4	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione	Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dal Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021-2023 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
5	3	Formazione	B	Organizzazione di eventi formativi sull'appropriatezza prescrittiva dei Dispositivi Monouso di Assistenza Integrativa (All. 2 al DPCM 12/01/2017)	Un evento per gli Specialisti territoriali ed uno per gli Specialisti ospedalieri	Obiettivo in comune a tutti i Distretti e DMPO. Coordinato dal DSS Bari
6	3	Integrazione Ospedale-Territorio	A	Protocollo per la gestione, nella Struttura ospedaliera di riferimento, delle complicanze insorgenti in pazienti in Day Service chirurgico/oculistico erogato presso Strutture Territoriali	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale della procedura per P.O.	Condiviso tra DSS 3, 5, 10, 12 e 13, UU.OO. Day Service Oculistico e Polispec. Chir. di Tertizzi, DMPO e UU.OO. di Chir. Gen., Ortop. e Ocul. dei P.O. "S. Paolo", Molfetta, Murgia, Di Venere, Monopoli e Putignano. Coordinato dalle DMPO
7	3	Clinical governance	A	Modello organizzativo per la gestione del trasporto dei materiali biologici, presidi, farmaci, materiale di consumo e cartaceo tra le UU.OO. del Presidio mediante l'utilizzo di personale condiviso	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale di una procedura per P.O.	Obiettivo condiviso tra le DMPO e le UU.OO. del Presidio. Coordinato dalle DMPO

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 nel Gennaio 2021

Rimodulata nel Settembre 2021

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO

Dipartimento Amministrativo

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. 1487/2019Certificato dall'AGRF
2	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Trasparenza	Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui al Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021-2023	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009
3	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione	Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dal Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021-2023 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
4	3	Controllo della spesa	M	Monitoraggio delle competenze accessorie per il personale dell'area di Comparto	N. 3 Relazioni infrannuali per U.O. da trasmettere alla DMPO e all'AGRU	Da allegare alla Relazione finale
5	1 3	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.	
6	3 1	Efficienza organizzativa	M	Organizzazione di incontri semestrali 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
7	3	Efficienza organizzativa	M	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale	Riscontro entro 15 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo	Certificato dal Direttore Amministrativo Aziendale
8	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
9	1	Controllo della spesa	A	Monitoraggio timbrature per prestazioni aggiuntive	N. 3 Relazioni infrannuali da inviare alla Direzione Sanitaria Aziendale e alla DMPO e conseguente tempestiva liquidazione delle relative competenze	
10	1 3	Efficienza organizzativa	A	Elaborazione di una Procedura per la gestione amministrativo-contabile dell'ALPI (fatturazione all'utenza ed incasso tramite POS)	Invio Proposta della Procedura alla Direzione Amministrativa entro il 30/06/2021	Obiettivo condiviso tra Direzioni Amministrative di P.O, AGRF e AGRU
11	3	Efficienza organizzativa	M	Elaborazione di una Procedura per la gestione a magazzino dei contenitori per Rifiuti Ospedalieri Speciali	Invio Proposta della Procedura alla Direzione Amministrativa entro il 31/10/2021	

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 nel Gennaio 2021
Rimodulata nel Settembre 2021
DIRETTORE DIPARTIMENTO
DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO Dipartimento Amministrativo
 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. 1487/2019Certificato dall'AGRF
2	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Trasparenza	Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui al Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021-2023	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009
3	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione	Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dal Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021-2023 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
4	3	Controllo della spesa	M	Monitoraggio delle competenze accessorie per il personale dell'area di Comparto	N. 3 Relazioni infrannuali per U.O. da trasmettere alla DMPO e all'AGRU	Da allegare alla Relazione finale
5	1 3	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.	
6	3 1	Efficienza organizzativa	M	Organizzazione di incontri semestrali con le singole UU.OO. Sull'andamento della spesa per beni sanitari	N. 2 Verbalì incontri	Incontri da organizzare con la U.O. Farmacia e la Direzione Medica.Da allegare alla Relazione finale
7	3	Efficienza organizzativa	M	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale	Riscontro entro 15 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo	Certificato dal Direttore Amministrativo Aziendale
8	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
9	1	Controllo della spesa	A	Monitoraggio timbrature per prestazioni aggiuntive	N. 3 Relazioni infrannuali da inviare alla Direzione Sanitaria Aziendale e alla DMPO e conseguente tempestiva liquidazione delle relative competenze	
10	1 3	Efficienza organizzativa	A	Elaborazione di una Procedura per la gestione amministrativo-contabile dell'ALPI (fatturazione all'utenza ed incasso tramite POS)	Invio Proposta della Procedura alla Direzione Amministrativa entro il 30/06/2021	Obiettivo condiviso tra Direzioni Amministrative di P.O, AGRF e AGRU
11	3	Efficienza organizzativa	M	Elaborazione di una Procedura per la gestione a magazzino dei contenitori per Rifiuti Ospedalieri Speciali	Invio Proposta della Procedura alla Direzione Amministrativa entro il 31/10/2021	

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 nel Gennaio 2021

Rimodulata nel Settembre 2021

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO Dipartimento di Assistenza Territoriale

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. 1487/2019Al 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. 4 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	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione	Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dal Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021-2023 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
4	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Trasparenza	Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui al Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021-2023	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009
6	1 3	Controllo della Spesa	A	Revisione e adozione della procedura per la prescrizione di Dispositivi Monouso di Assistenza Integrativa da privato e in distribuzione diretta in applicazione del DPCM 12/01/2017	Proposta di Delibera	Obiettivo in comune a tutti i Distretti e U.O. Farmacia Territoriale. Coordinato da un Direttore di DSS delegato dal Direttore di Dipartimento
7	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, ove assegnata	
8	3	Formazione	B	Eventi formativi per l'applicazione della Procedura per la corretta gestione dei campioni biologici e l'uso dei relativi dispositivi	Partecipazione di almeno 80% del personale addetto individuato dal Direttore del Distretto (Centri Prelievo, ADI e personale Poliambulatori)	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Patologia Clinica e Direzioni DSS. Coordinato dall'U.O. Patologia Clinica P.O. della Murgia
9	3	Efficienza organizzativa	M	Analisi del fabbisogno specialistica ambulatoriale per DSS	Relazione al Direttore Sanitario entro il 30/09/2021	
10	3	Efficienza organizzativa	M	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale	Riscontro entro 15 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo	Certificato dal Direttore Amministrativo Aziendale
11	3	Efficienza organizzativa	M	Utilizzo della procedura informatizzata delle autorizzazioni di Assistenza protesica agli assistiti riferite agli ausili ad assorbenza	Almeno il 90% dei rinnovi delle autorizzazioni relative agli ausili ad assorbenza del mese di Dicembre gestito tramite autorizzazioni su Aduvat	

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 nel Gennaio 2021

Rimodulata nel Settembre 2021

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO Dipartimento di Assistenza Territoriale

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. 1487/2019Al 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. 4 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	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione	Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dal Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021-2023 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
4	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Trasparenza	Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui al Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021-2023	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009
6	1 3	Controllo della Spesa	A	Revisione e adozione della procedura per la prescrizione di Dispositivi Monouso di Assistenza Integrativa da privato e in distribuzione diretta in applicazione del DPCM 12/01/2017	Proposta di Delibera	Obiettivo in comune a tutti i Distretti e U.O. Farmacia Territoriale. Coordinato da un Direttore di DSS delegato dal Direttore di Dipartimento
7	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, ove assegnata	
8	3	Formazione	B	Eventi formativi per l'applicazione della Procedura per la corretta gestione dei campioni biologici e l'uso dei relativi dispositivi	Partecipazione di almeno 80% del personale addetto individuato dal Direttore del Distretto (Centri Prelievo, ADI e personale Poliambulatori)	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Patologia Clinica e Direzioni DSS. Coordinato dall'U.O. Patologia Clinica P.O. della Murgia
9	3	Efficienza organizzativa	M	Analisi del fabbisogno specialistica ambulatoriale per DSS	Relazione al Direttore Sanitario entro il 30/09/2021	
10	3	Efficienza organizzativa	M	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale	Riscontro entro 15 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo	Certificato dal Direttore Amministrativo Aziendale
11	3	Efficienza organizzativa	M	Utilizzo della procedura informatizzata delle autorizzazioni di Assistenza protesica agli assistiti riferite agli ausili ad assorbenza	Almeno il 90% dei rinnovi delle autorizzazioni relative agli ausili ad assorbenza del mese di Dicembre gestito tramite autorizzazioni su Aduvat	

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 nel Gennaio 2021

Rimodulata nel Settembre 2021

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO Dipartimento di Assistenza Territoriale

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. 1487/2019Al 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. 4 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	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione	Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dal Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021-2023 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
4	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Trasparenza	Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui al Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021-2023	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009
6	1 3	Controllo della Spesa	A	Revisione e adozione della procedura per la prescrizione di Dispositivi Monouso di Assistenza Integrativa da privato e in distribuzione diretta in applicazione del DPCM 12/01/2017	Proposta di Delibera	Obiettivo in comune a tutti i Distretti e U.O. Farmacia Territoriale. Coordinato da un Direttore di DSS delegato dal Direttore di Dipartimento
7	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, ove assegnata	
8	3	Formazione	B	Eventi formativi per l'applicazione della Procedura per la corretta gestione dei campioni biologici e l'uso dei relativi dispositivi	Partecipazione di almeno 80% del personale addetto individuato dal Direttore del Distretto (Centri Prelievo, ADI e personale Poliambulatori)	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Patologia Clinica e Direzioni DSS. Coordinato dall'U.O. Patologia Clinica P.O. della Murgia
9	3	Efficienza organizzativa	M	Analisi del fabbisogno specialistica ambulatoriale per DSS	Relazione al Direttore Sanitario entro il 30/09/2021	
10	3	Efficienza organizzativa	M	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale	Riscontro entro 15 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo	Certificato dal Direttore Amministrativo Aziendale
11	3	Efficienza organizzativa	M	Utilizzo della procedura informatizzata delle autorizzazioni di Assistenza protesica agli assistiti riferite agli ausili ad assorbenza	Almeno il 90% dei rinnovi delle autorizzazioni relative agli ausili ad assorbenza del mese di Dicembre gestito tramite autorizzazioni su Aduvat	

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 nel Gennaio 2021

Rimodulata nel Settembre 2021

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO Dipartimento di Assistenza Territoriale

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. 1487/2019Al 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. 4 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	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione	Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dal Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021-2023 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
4	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Trasparenza	Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui al Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021-2023	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009
6	1 3	Controllo della Spesa	A	Revisione e adozione della procedura per la prescrizione di Dispositivi Monouso di Assistenza Integrativa da privato e in distribuzione diretta in applicazione del DPCM 12/01/2017	Proposta di Delibera	Obiettivo in comune a tutti i Distretti e U.O. Farmacia Territoriale. Coordinato da un Direttore di DSS delegato dal Direttore di Dipartimento
7	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, ove assegnata	
8	3	Formazione	B	Eventi formativi per l'applicazione della Procedura per la corretta gestione dei campioni biologici e l'uso dei relativi dispositivi	Partecipazione di almeno 80% del personale addetto individuato dal Direttore del Distretto (Centri Prelievo, ADI e personale Poliambulatori)	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Patologia Clinica e Direzioni DSS. Coordinato dall'U.O. Patologia Clinica P.O. della Murgia
9	3	Efficienza organizzativa	M	Analisi del fabbisogno specialistica ambulatoriale per DSS	Relazione al Direttore Sanitario entro il 30/09/2021	
10	3	Efficienza organizzativa	M	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale	Riscontro entro 15 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo	Certificato dal Direttore Amministrativo Aziendale
11	3	Efficienza organizzativa	M	Utilizzo della procedura informatizzata delle autorizzazioni di Assistenza protesica agli assistiti riferite agli ausili ad assorbenza	Almeno il 90% dei rinnovi delle autorizzazioni relative agli ausili ad assorbenza del mese di Dicembre gestito tramite autorizzazioni su Aduvat	

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 nel Gennaio 2021

Rimodulata nel Settembre 2021

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO Dipartimento di Assistenza Territoriale

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. 1487/2019Al 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. 4 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	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione	Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dal Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021-2023 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
4	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Trasparenza	Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui al Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021-2023	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009
6	1 3	Controllo della Spesa	A	Revisione e adozione della procedura per la prescrizione di Dispositivi Monouso di Assistenza Integrativa da privato e in distribuzione diretta in applicazione del DPCM 12/01/2017	Proposta di Delibera	Obiettivo in comune a tutti i Distretti e U.O. Farmacia Territoriale. Coordinato da un Direttore di DSS delegato dal Direttore di Dipartimento
7	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, ove assegnata	
8	3	Formazione	B	Eventi formativi per l'applicazione della Procedura per la corretta gestione dei campioni biologici e l'uso dei relativi dispositivi	Partecipazione di almeno 80% del personale addetto individuato dal Direttore del Distretto (Centri Prelievo, ADI e personale Poliambulatori)	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Patologia Clinica e Direzioni DSS. Coordinato dall'U.O. Patologia Clinica P.O. della Murgia
9	3	Efficienza organizzativa	M	Analisi del fabbisogno specialistica ambulatoriale per DSS	Relazione al Direttore Sanitario entro il 30/09/2021	
10	3	Efficienza organizzativa	M	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale	Riscontro entro 15 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo	Certificato dal Direttore Amministrativo Aziendale
11	3	Integrazione Ospedale-Territorio	A	Protocollo per la gestione, nella Struttura ospedaliera di riferimento, delle complicanze insorgenti in pazienti in Day Service chirurgico/oculistico erogato presso Strutture Territoriali	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale della procedura per P.O.	Condiviso tra DSS 3, 5, 10, 12 e 13, UU.OO. Day Service Oculistico e Polispec. Chir. di Terlizzi, DMPO e UU.OO. di Chir. Gen., Ortop. e Ocul. dei P.O. "S. Paolo", Molfetta, Murgia, Di Venere, Monopoli e Putignano. Coordinato dalle DMPO
12	3	Efficienza organizzativa	M	Utilizzo della procedura informatizzata delle autorizzazioni di Assistenza Protesica agli assistiti riferite agli ausili ad assorbenza	Almeno il 90% dei rinnovi delle autorizzazioni relative agli ausili ad assorbenza del mese di Dicembre gestito tramite autorizzazioni su Aduvat	

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 nel Gennaio 2021

Rimodulata nel Settembre 2021

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO Dipartimento di Assistenza Territoriale

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. 1487/2019Al 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. 4 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	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione	Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dal Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021-2023 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
4	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Trasparenza	Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui al Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021-2023	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009
6	1 3	Controllo della Spesa	A	Revisione e adozione della procedura per la prescrizione di Dispositivi Monouso di Assistenza Integrativa da privato e in distribuzione diretta in applicazione del DPCM 12/01/2017	Proposta di Delibera	Obiettivo in comune a tutti i Distretti e U.O. Farmacia Territoriale. Coordinato da un Direttore di DSS delegato dal Direttore di Dipartimento
7	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, ove assegnata	
8	3	Formazione	B	Eventi formativi per l'applicazione della Procedura per la corretta gestione dei campioni biologici e l'uso dei relativi dispositivi	Partecipazione di almeno 80% del personale addetto individuato dal Direttore del Distretto (Centri Prelievo, ADI e personale Poliambulatori)	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Patologia Clinica e Direzioni DSS. Coordinato dall'U.O. Patologia Clinica P.O. della Murgia
9	3	Efficienza organizzativa	M	Analisi del fabbisogno specialistica ambulatoriale per DSS	Relazione al Direttore Sanitario entro il 30/09/2021	
10	3	Efficienza organizzativa	M	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale	Riscontro entro 15 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo	Certificato dal Direttore Amministrativo Aziendale
11	2 3	Integrazione Ospedale-Territorio	M	N. prestazioni prenotate su Agende condivise tra Consultori del DSS BA e U.O. Ostetricia e Ginecologia del P.O. "San Paolo" per l'ottimizzazione del percorso di accesso alle cure ostetrico-ginecologiche	>10 all'anno	Obiettivo condiviso tra il DSS BA e U.O. Ostetricia e Ginecologia P.O. "San Paolo". Subordinato alla ripresa delle attività ostetrico-ginecologiche Covid presso il P.O. "San Paolo"
12	3	Efficienza organizzativa	M	Utilizzo della procedura informatizzata delle autorizzazioni di Assistenza Protesica agli assistiti riferite agli ausili ad assorbenza	Almeno il 90% dei rinnovi delle autorizzazioni relative agli ausili ad assorbenza del mese di Dicembre gestito tramite autorizzazioni su Aduvat	

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 nel Gennaio 2021

Rimodulata nel Settembre 2021

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO Dipartimento di Assistenza Territoriale

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. 1487/2019Al 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. 4 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	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione	Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dal Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021-2023 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
4	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Trasparenza	Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui al Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021-2023	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009
6	1 3	Controllo della Spesa	A	Revisione e adozione della procedura per la prescrizione di Dispositivi Monouso di Assistenza Integrativa da privato e in distribuzione diretta in applicazione del DPCM 12/01/2017	Proposta di Delibera	Obiettivo in comune a tutti i Distretti e U.O. Farmacia Territoriale. Coordinato da un Direttore di DSS delegato dal Direttore di Dipartimento
7	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, ove assegnata	
8	3	Formazione	B	Eventi formativi per l'applicazione della Procedura per la corretta gestione dei campioni biologici e l'uso dei relativi dispositivi	Partecipazione di almeno 80% del personale addetto individuato dal Direttore del Distretto (Centri Prelievo, ADI e personale Poliambulatori)	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Patologia Clinica e Direzioni DSS. Coordinato dall'U.O. Patologia Clinica P.O. della Murgia
9	3	Efficienza organizzativa	M	Analisi del fabbisogno specialistica ambulatoriale per DSS	Relazione al Direttore Sanitario entro il 30/09/2021	
10	3	Efficienza organizzativa	M	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale	Riscontro entro 15 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo	Certificato dal Direttore Amministrativo Aziendale
11	3	Efficienza organizzativa	M	Utilizzo della procedura informatizzata delle autorizzazioni di Assistenza protesica agli assistiti riferite agli ausili ad assorbenza	Almeno il 90% dei rinnovi delle autorizzazioni relative agli ausili ad assorbenza del mese di Dicembre gestito tramite autorizzazioni su Aduvat	

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 nel Gennaio 2021

Rimodulata nel Settembre 2021

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO Dipartimento di Assistenza Territoriale

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. 1487/2019Al 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. 4 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	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione	Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dal Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021-2023 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
4	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Trasparenza	Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui al Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021-2023	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009
6	1 3	Controllo della Spesa	A	Revisione e adozione della procedura per la prescrizione di Dispositivi Monouso di Assistenza Integrativa da privato e in distribuzione diretta in applicazione del DPCM 12/01/2017	Proposta di Delibera	Obiettivo in comune a tutti i Distretti e U.O. Farmacia Territoriale. Coordinato da un Direttore di DSS delegato dal Direttore di Dipartimento
7	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, ove assegnata	
8	3	Formazione	B	Eventi formativi per l'applicazione della Procedura per la corretta gestione dei campioni biologici e l'uso dei relativi dispositivi	Partecipazione di almeno 80% del personale addetto individuato dal Direttore del Distretto (Centri Prelievo, ADI e personale Poliambulatori)	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Patologia Clinica e Direzioni DSS. Coordinato dall'U.O. Patologia Clinica P.O. della Murgia
9	3	Efficienza organizzativa	M	Analisi del fabbisogno specialistica ambulatoriale per DSS	Relazione al Direttore Sanitario entro il 30/09/2021	
10	3	Efficienza organizzativa	M	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale	Riscontro entro 15 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo	Certificato dal Direttore Amministrativo Aziendale
11	3	Integrazione Ospedale-Territorio	A	Protocollo per la gestione, nella Struttura ospedaliera di riferimento, delle complicanze insorgenti in pazienti in Day Service chirurgico/oculistico erogato presso Strutture Territoriali	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale della procedura per P.O.	Condiviso tra DSS 3, 5, 10, 12 e 13, UU.OO. Day Service Oculistico e Polispec. Chir. di Terlizzi, DMPO e UU.OO. di Chir. Gen., Ortop. e Ocul. dei P.O. "S. Paolo", Molfetta, Murgia, Di Venere, Monopoli e Putignano. Coordinato dalle DMPO
12	3	Efficienza organizzativa	M	Utilizzo della procedura informatizzata delle autorizzazioni di Assistenza Protesica agli assistiti riferite agli ausili ad assorbenza	Almeno il 90% dei rinnovi delle autorizzazioni relative agli ausili ad assorbenza del mese di Dicembre gestito tramite autorizzazioni su Aduvat	

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 nel Gennaio 2021

Rimodulata nel Settembre 2021

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO Dipartimento di Assistenza Territoriale

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. 1487/2019Al 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. 4 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	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione	Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dal Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021-2023 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
4	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Trasparenza	Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui al Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021-2023	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009
6	1 3	Controllo della Spesa	A	Revisione e adozione della procedura per la prescrizione di Dispositivi Monouso di Assistenza Integrativa da privato e in distribuzione diretta in applicazione del DPCM 12/01/2017	Proposta di Delibera	Obiettivo in comune a tutti i Distretti e U.O. Farmacia Territoriale. Coordinato da un Direttore di DSS delegato dal Direttore di Dipartimento
7	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, ove assegnata	
8	3	Formazione	B	Eventi formativi per l'applicazione della Procedura per la corretta gestione dei campioni biologici e l'uso dei relativi dispositivi	Partecipazione di almeno 80% del personale addetto individuato dal Direttore del Distretto (Centri Prelievo, ADI e personale Poliambulatori)	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Patologia Clinica e Direzioni DSS. Coordinato dall'U.O. Patologia Clinica P.O. della Murgia
9	3	Efficienza organizzativa	M	Analisi del fabbisogno specialistica ambulatoriale per DSS	Relazione al Direttore Sanitario entro il 30/09/2021	
10	3	Efficienza organizzativa	M	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale	Riscontro entro 15 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo	Certificato dal Direttore Amministrativo Aziendale
11	3	Efficienza organizzativa	M	Utilizzo della procedura informatizzata delle autorizzazioni di Assistenza protesica agli assistiti riferite agli ausili ad assorbenza	Almeno il 90% dei rinnovi delle autorizzazioni relative agli ausili ad assorbenza del mese di Dicembre gestito tramite autorizzazioni su Aduvat	

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 nel Gennaio 2021

Rimodulata nel Settembre 2021

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO Dipartimento di Assistenza Territoriale

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. 1487/2019Al 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. 4 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	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione	Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dal Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021-2023 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
4	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Trasparenza	Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui al Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021-2023	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009
6	1 3	Controllo della Spesa	A	Revisione e adozione della procedura per la prescrizione di Dispositivi Monouso di Assistenza Integrativa da privato e in distribuzione diretta in applicazione del DPCM 12/01/2017	Proposta di Delibera	Obiettivo in comune a tutti i Distretti e U.O. Farmacia Territoriale. Coordinato da un Direttore di DSS delegato dal Direttore di Dipartimento
7	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, ove assegnata	
8	3	Formazione	B	Eventi formativi per l'applicazione della Procedura per la corretta gestione dei campioni biologici e l'uso dei relativi dispositivi	Partecipazione di almeno 80% del personale addetto individuato dal Direttore del Distretto (Centri Prelievo, ADI e personale Poliambulatori)	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Patologia Clinica e Direzioni DSS. Coordinato dall'U.O. Patologia Clinica P.O. della Murgia
9	3	Efficienza organizzativa	M	Analisi del fabbisogno specialistica ambulatoriale per DSS	Relazione al Direttore Sanitario entro il 30/09/2021	
10	3	Efficienza organizzativa	M	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale	Riscontro entro 15 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo	Certificato dal Direttore Amministrativo Aziendale
11	3	Integrazione Ospedale-Territorio	A	Protocollo per la gestione, nella Struttura ospedaliera di riferimento, delle complicanze insorgenti in pazienti in Day Service chirurgico/oculistico erogato presso Strutture Territoriali	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale della procedura per P.O.	Condiviso tra DSS 3, 5, 10, 12 e 13, UU.OO. Day Service Oculistico e Polispec. Chir. di Terlizzi, DMPO e UU.OO. di Chir. Gen., Ortop. e Ocul. dei P.O. "S. Paolo", Molfetta, Murgia, Di Venere, Monopoli e Putignano. Coordinato dalle DMPO
12	3	Efficienza organizzativa	M	Utilizzo della procedura informatizzata delle autorizzazioni di Assistenza Protesica agli assistiti riferite agli ausili ad assorbenza	Almeno il 90% dei rinnovi delle autorizzazioni relative agli ausili ad assorbenza del mese di Dicembre gestito tramite autorizzazioni su Aduvat	

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 nel Gennaio 2021

Rimodulata nel Settembre 2021

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO Dipartimento di Assistenza Territoriale

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. 1487/2019Al 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. 4 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	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione	Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dal Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021-2023 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
4	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Trasparenza	Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui al Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021-2023	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009
6	1 3	Controllo della Spesa	A	Revisione e adozione della procedura per la prescrizione di Dispositivi Monouso di Assistenza Integrativa da privato e in distribuzione diretta in applicazione del DPCM 12/01/2017	Proposta di Delibera	Obiettivo in comune a tutti i Distretti e U.O. Farmacia Territoriale. Coordinato da un Direttore di DSS delegato dal Direttore di Dipartimento
7	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, ove assegnata	
8	3	Formazione	B	Eventi formativi per l'applicazione della Procedura per la corretta gestione dei campioni biologici e l'uso dei relativi dispositivi	Partecipazione di almeno 80% del personale addetto individuato dal Direttore del Distretto (Centri Prelievo, ADI e personale Poliambulatori)	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Patologia Clinica e Direzioni DSS. Coordinato dall'U.O. Patologia Clinica P.O. della Murgia
9	3	Efficienza organizzativa	M	Analisi del fabbisogno specialistica ambulatoriale per DSS	Relazione al Direttore Sanitario entro il 30/09/2021	
10	3	Efficienza organizzativa	M	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale	Riscontro entro 15 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo	Certificato dal Direttore Amministrativo Aziendale
11	3	Integrazione Ospedale-Territorio	A	Protocollo per la gestione, nella Struttura ospedaliera di riferimento, delle complicanze insorgenti in pazienti in Day Service chirurgico/oculistico erogato presso Strutture Territoriali	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale della procedura per P.O.	Condiviso tra DSS 3, 5, 10, 12 e 13, UU.OO. Day Service Oculistico e Polispec. Chir. di Terlizzi, DMPO e UU.OO. di Chir. Gen., Ortop. e Ocul. dei P.O. "S. Paolo", Molfetta, Murgia, Di Venere, Monopoli e Putignano. Coordinato dalle DMPO
12	3	Efficienza organizzativa	M	Utilizzo della procedura informatizzata delle autorizzazioni di Assistenza Protesica agli assistiti riferite agli ausili ad assorbenza	Almeno il 90% dei rinnovi delle autorizzazioni relative agli ausili ad assorbenza del mese di Dicembre gestito tramite autorizzazioni su Aduvat	

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 nel Gennaio 2021

Rimodulata nel Settembre 2021

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO Dipartimento di Assistenza Territoriale

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. 1487/2019Al 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. 4 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	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione	Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dal Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021-2023 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
4	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Trasparenza	Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui al Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021-2023	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009
6	1 3	Controllo della Spesa	A	Revisione e adozione della procedura per la prescrizione di Dispositivi Monouso di Assistenza Integrativa da privato e in distribuzione diretta in applicazione del DPCM 12/01/2017	Proposta di Delibera	Obiettivo in comune a tutti i Distretti e U.O. Farmacia Territoriale. Coordinato da un Direttore di DSS delegato dal Direttore di Dipartimento
7	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, ove assegnata	
8	3	Formazione	B	Eventi formativi per l'applicazione della Procedura per la corretta gestione dei campioni biologici e l'uso dei relativi dispositivi	Partecipazione di almeno 80% del personale addetto individuato dal Direttore del Distretto (Centri Prelievo, ADI e personale Poliambulatori)	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Patologia Clinica e Direzioni DSS. Coordinato dall'U.O. Patologia Clinica P.O. della Murgia
9	3	Efficienza organizzativa	M	Analisi del fabbisogno specialistica ambulatoriale per DSS	Relazione al Direttore Sanitario entro il 30/09/2021	
10	3	Efficienza organizzativa	M	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale	Riscontro entro 15 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo	Certificato dal Direttore Amministrativo Aziendale
11	3	Efficienza organizzativa	M	Utilizzo della procedura informatizzata delle autorizzazioni di Assistenza protesica agli assistiti riferite agli ausili ad assorbenza	Almeno il 90% dei rinnovi delle autorizzazioni relative agli ausili ad assorbenza del mese di Dicembre gestito tramite autorizzazioni su Aduvat	

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 nel Gennaio 2021

Rimodulata nel Settembre 2021

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO Dipartimento di Assistenza Territoriale

UNITA' OPERATIVA UOC Direzione Amministrativa Dipartimento Assistenza Territoriale

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	1 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	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione	Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dal Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021-2023 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
4	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Trasparenza	Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui al Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021-2023	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009
5	3	Efficienza organizzativa	B	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
6	3	Efficienza organizzativa	A	Espletamento Gare sotto soglia dopo la ricezione dei capitolati tecnici (DDG 2161/2016)	Indizione di N. 2 gare	Le gare devono essere svolte con la collaborazione dei Dirigenti Amm.vi dei Distretti (individuati nella veste di RUP)
7	3	Efficienza organizzativa	A	Coordinamento Procedure di Gara sotto soglia assegnate ai DD.SS.SS.	Assegnazione di almeno 5 procedure di gara	
8	3	Efficienza organizzativa	M	Elaborazione Piano fabbisogni dei beni durevoli dell'Assistenza Territoriale propedeutico alla redazione del Piano degli Investimenti 2022-2023	Invio alla U.O. Ingegneria Clinica	Allegare Nota di protocollo dell'invio alla Relazione finale
9	3	Efficienza organizzativa	M	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale	Riscontro entro 15 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo	Certificato dal Direttore Amministrativo Aziendale
10	1 3	Efficienza organizzativa	A	Verifica sulla corretta esecuzione dei contratti affidati a fornitori per servizi complessi inerenti l'assistenza territoriale in qualità di DEC	Esecuzione della funzione di DEC su almeno 2 contratti d'appalto territoriali affidati dalla centrale regionale (ausili ad assorbimento / ossigeno terapia domiciliare)	Nella Relazione finale allegare relazione sull'attività svolta
11	3	Efficienza organizzativa	M	Gestione amministrativa e giuridica del personale assegnato all'UOC Medicina Penitenziaria	Gestione della Rilevazione Presenze, adozione di atti di liquidazione delle competenze accessorie e di astensione da lavoro (congedi, aspettative, benefici legge 104 ecc)	Nella Relazione finale allegare elenco dei provvedimenti adottati e gestione in rilevazione presenze delle risorse
12	1 3	Efficienza organizzativa	M	Efficientamento del Ciclo Passivo	Proposta operativa per la riduzione del numero di fatture passive da inviare alla Direzione Amministrativa 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 nel Gennaio 2021

Rimodulata nel Settembre 2021

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

DIPARTIMENTO Dipartimento di Assistenza Territoriale

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
2	3	Qualità flussi informativi	B	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
3	3	Qualità flussi informativi	B	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
4	3	Efficienza operativa	A	Attivazione di Ambulatori di Terapia del Dolore e Cure Palliative	Almeno 1 ambulatorio	
5	2	Clinical governance	A	Procedura per inserimento domiciliare di Cateteri Venosi Centrali ad inserzione periferica	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
6	3	Miglioramento della qualità assistenziale	A	Elaborazione di PDTA Aziendale del Carcinoma della Mammella sulla base del PDTA Regionale	Invio con mail del Protocollo elaborato secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità entro il 30/09/2021	Obiettivo in comune tra Chirurgia Senologica (coordin.), Chirurgia Plastica, Oncologia, Radiodiagn. Senologica, Rianimazione P.O. San Paolo, Med. Nucleare e Ginecologia P.O. Di Venere, Cure Palliative. Allegare 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 nel Gennaio 2021

Rimodulata nel Settembre 2021

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE