

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 PTPCT 2022-2024 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura e trasmissione della proposta di rotazione degli incarichi	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 2022-2024	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	Implementazione a regime delle procedure di reclutamento del personale convenzionato in modalità remota	Attivazione Procedura riferito a tutte le categorie di personale convenzionato entro il 31/12/2022	Convocazione online e firma contratto mediante firma digitale
4	3	Efficienza organizzativa	M	Implementazione a regime delle procedure di reclutamento del personale dipendente in modalità remota	Modifica dei Bandi per inserimento obbligatorio di PEC e Firma Digitale e attivazione Procedura entro il 31/12/2022	Convocazione online e firma contratto mediante firma digitale
5	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
6	3	Efficienza organizzativa	A	Supporto alla Direzione Strategica per la definizione dei criteri per la graduazione degli incarichi dirigenziali PTA	Trasmissione alla Direzione Strategica della Proposta di Regolamento, secondo le indicazioni ricevute, entro il 30/04/2022	
7	3	Efficienza organizzativa	A	Implementazione di procedura informatica per la definizione del Piano dei fabbisogni e relativo monitoraggio	Attivazione della procedura entro il 30/09/2022	
8	1	Efficienza organizzativa	A	Monitoraggio del rispetto dei vincoli di finanza pubblica in occasione dei CE trimestrali	Trasmissione ad AGRF della relazione e dei relativi prospetti di monitoraggio relativi al I, II e III trimestre entro il mese successivo	Certificato da AGRF
9	3	Efficienza organizzativa	A	Redazione Bilancio di Genere 2021	Predisposizione Bozza Bilancio di Genere 2021 entro il 30/09/2022	Obiettivo condiviso tra AGRF, AGRU e Controllo di Gestione
10	2	Comunicazione istituzionale	B	Invio dei dati all'U.O. Servizio di Informazione e Comunicazione istituzionale per l'aggiornamento del Portale aziendale	Invio quadrimestrale dei dati	Certificato dall'U.O. Servizio di Informazione e Comunicazione istituzionale
11	1	Efficienza organizzativa	A	Avvio delle delegazioni trattanti per l'utilizzo dei Fondi della Contrattazione Integrativa del Comparto	Convocazione OO.SS. entro il 31/05/2022	
12	1	Monitoraggio attività libero professionale	A	Aggiornamento tariffe ALPI	Aggiornamento delle tariffe di Radiodiagnostica in ALPI entro il 31/03/2022	Obiettivo condiviso tra Controllo di Gestione, 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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE AREA**

**DIRETTORE GENERALE**

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 2022-2024 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 2022-2024	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	Completamento entro il 31/03/2022, del fascicolo amministrativo elettronico per il ciclo passivo	Obiettivo condiviso tra AGRF e Sistemi Informativi
4 #	1	Rispetto dei tempi di pagamento	A	Tempo medio annuo di pagamento delle fatture dopo la liquidazione delle stesse	2022<=2021	Dati rilevati da Cruscotto Qlikview su ITP (Data pagamento - Data liquidazione) [con tolleranza del 5%]
5	1	Efficienza organizzativa	A	Elaborazione Procedura per la gestione delle cessioni di credito	Invio della Procedura alla Direzione Strategica	
6	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
7	3	Efficienza organizzativa	M	Ampliamento dell'offerta per il pagamento delle prestazioni attive tramite il sistema PagoPA	Codifica tipologia incassi di competenza AGRF e attivazione del sistema PagoPA di almeno il 50% delle prestazioni oggetto di fatturazione	Obiettivo condiviso tra AGRF e Sistemi Informativi
8	1	Certificazione dei Bilanci	A	Completamento del Percorso Attuativo Certificabilità dei Bilanci	Certificazione Bilancio di Esercizio 2021	
9	1	Efficienza organizzativa	M	Svincolo delle somme vincolate per pignoramenti	Somme vincolate per pignoramento 2022 = 2021 - 10%	Obiettivo condiviso tra AGRF e SBL
10	3	Efficienza organizzativa	A	Redazione Bilancio di Genere 2021	Predisposizione Bozza Bilancio di Genere 2021 entro il 30/09/2022	Obiettivo condiviso tra AGRF, AGRU e Controllo di Gestione
11	2	Comunicazione istituzionale	B	Invio dei dati all'U.O. Servizio di Informazione e Comunicazione istituzionale per l'aggiornamento del Portale aziendale	Invio quadrimestrale dei dati	Certificato dall'U.O. Servizio di Informazione e Comunicazione istituzionale
12	1	Monitoraggio attività libero professionale	A	Predisposizione CE ALPI 1 Semestre 2022	Predisposizione entro il 30/09/2022	Obiettivo condiviso tra AGRF, Controllo di Gestione e Sistemi Informativi

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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE AREA**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture	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 2022-2024 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 2022-2024	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	3	Efficienza organizzativa	M	Rispetto dei target di spesa per la Rendicontazione dei Fondi Europei	Inserimento nella Piattaforma MirWeb della documentazione relativa alle acquisizioni finanziate	Copia da allegare alla Relazione finale
6	1	Efficienza organizzativa	A	Controllo della spesa per le Manutenzioni di competenza	Rispetto del Budget di spesa come indicato nel Bilancio di Previsione 2022	Conti: 715.100.00005, 715.100.00010 Al netto dei costi straordinari per l'Emergenza COVID
7	3	Efficienza organizzativa	A	Conclusione dei lavori di ristrutturazione avviati presso la palazzina dell'ex CTO	Conclusione ristrutturazione delle opere complementari entro il 31/03/2022	
8	3	Efficienza organizzativa	A	Avvio del servizio del progetto per l'efficientamento energetico degli Ospedali San Paolo e della Murgia	Entro il 30/06/2022 firma del Contratto e Avvio del Servizio	
9	3	Efficienza organizzativa	A	P.N.R.R.: Supporto al gruppo di lavoro aziendale per le attività richieste dalla Regione	Invio di Relazione finale alla Direzione Strategica	
10	3	Efficienza organizzativa	M	Revisione ed Aggiornamento del Regolamento aziendale per la disciplina delle procedure di affidamento di lavori, servizi e forniture, con particolare riferimento alle procedure sotto soglia comunitaria	Proposta provvedimento entro il 30/04/2022	Obiettivo condiviso tra AGP e AGT
11	1	Efficienza organizzativa	A	Rendicontazione degli interventi di cui all'Art.2 decreto Legge n. 34/2020 (Decreto rilancio)	Rendicontazione al 100% degli interventi previsti	Obiettivo condiviso con tra AGT e Ingegneria Clinica
12	3	Efficienza organizzativa	M	Razionalizzazione del Servizio Centralinisti: attivazione turno unico dei centralinisti	Attivazione turno unico dei centralinisti entro il 31/03/2022	

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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE AREA**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture	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 2022-2024 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 2022-2024	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	Indizione procedura di Gara per il rinnovo della dotazione dello strumentario chirurgico destinato alle strutture ospedaliere e territoriali	Proposta provvedimento di indizione entro 6 mesi dall'acquisizione del Capitolato Tecnico	Obiettivo condiviso tra AGP e Ingegneria Clinica HTA
6	1 3	Efficienza organizzativa	A	Indizione procedura di gara per il servizio di supporto alle attività amministrative della ASL BA, comprensivi dell'alimentazione dei flussi informativi socio sanitari e amministrativi contabili	Proposta provvedimento di indizione entro il 31/07/2022	
7	1	Efficienza organizzativa	M	Indizione Procedura di gara per l'acquisizione di kit procedurali in TNT e correlati servizi accessori	Proposta provvedimento di indizione entro 6 mesi dall'acquisizione del Capitolato Tecnico	Obiettivo condiviso tra AGP e Dipartimento Gestione Farmaco
8	3	Efficienza organizzativa	M	Revisione ed Aggiornamento del Regolamento aziendale per la disciplina delle procedure di affidamento di lavori, servizi e forniture, con particolare riferimento alle procedure sotto soglia comunitaria	Proposta provvedimento entro il 30/04/2022	Obiettivo condiviso tra AGP e AGT
9	3 4	Efficienza organizzativa	A	P.N.R.R.: Supporto al gruppo di lavoro aziendale per le attività richieste dalla Regione	Invio di Relazione finale alla Direzione Strategica	
10	1 3	Efficienza organizzativa	M	Protocollo operativo per la gestione dei rimborsi franchigia su polizze assicurative	Invio della proposta alla Direzione Amministrativa entro il 30/06/2022	Obiettivo condiviso tra AGP 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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE AREA**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture	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 2022-2024 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 2022-2024	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009
4	1	Efficienza operativa	A	Sottoscrizione accordi contrattuali con le Strutture Sociosanitarie in conformità alle disposizioni regionali	Predisposizioni Atti entro i termini disposti dalla Regioni con le relative Circolari	
5	3	Efficienza organizzativa	B	Aggiornamento delle procedure amministrative per l'accesso dei pazienti alle Strutture Sociosanitarie alla luce delle nuove Disposizioni Regionali	Trasmissione del Protocollo aggiornato alla Direzione sanitaria e al Direttore del Dipartimento di Assistenza Territoriale entro il 30/09/2022	
6	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
7	1	Efficienza operativa	A	Predisposizione di lettere per interruzione dei termini di prescrizione con riferimento al contenzioso relativo all'applicazione della DGR 1037/2012	Invio lettere al 100% delle Strutture interessate entro il 30/06/2022	
8	3	Efficienza operativa	A	Predisposizione Capitolato tecnico, per la parte di competenza, propepedeuto all'avvio di nuova Gara per l'affidamento in concessione della gestione di RSA di Modugno e Alberobello	Trasmissione del Capitolato all'AGP entro il 28/02/2022	

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 Dicembre 2021**

**DIRETTORE AREA**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	4	Formazione	B	Eventi formativi per lavoratori incaricati dell'attuazione delle misure di prevenzione incendi, lotta antincendio e gestione dell'emergenza nei luoghi di lavoro	6 Edizioni	Nella Relazione finale indicare data, luogo, sede e N. dipendenti formati
2	4	Formazione	B	Eventi formativi Formazione specifica - rischio elevato dei lavoratori che operano presso le strutture ospedaliere e territoriali della ASL BARI	5 Edizioni	Nella Relazione finale indicare data, luogo, sede e N. dipendenti formati
3	3	Efficienza organizzativa	M	Intervallo di tempo tra richiesta Documento Unico di Valutazione Rischi da Interferenze e consegna dello stesso alle Strutture competenti	≤ 15 giorni	Nella Relazione finale allegare report con: N. protocollo e data delle richieste, N. protocollo e data della consegna documento
4	4	Efficienza organizzativa	M	Aggiornamento dei DVR , P.E., dei PP.OO	n. 1 aggiornamenti all'anno per 1 sola struttura	Copia dei DVR
5	4	Efficienza organizzativa	A	Aggiornamento dei DVR , P.E., dei Distretti	n. 1 aggiornamenti all'anno per 1 sola struttura	Copia dei DVR
6	4	Efficienza organizzativa	A	Aggiornamento dei DVR , P.E., dei Dipartimenti Territoriali	n. 1 aggiornamenti all'anno per 1 sola struttura	Copia dei DVR
7	4	Efficienza operativa	M	Relazione check list rischi ambientali	n. 7 relazioni annuali	Nella relazione finale indicare n. protocollo
8	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

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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Efficienza organizzativa	A	Espletamento visite obbligatorie del personale neoassunto e di prossima quiescenza ai sensi del D.L. 81/2008 e s.m.i.	100% del personale neoassunto e di prossima quiescenza	
2	3	Efficienza operativa	A	Utilizzo del software CartSan presso tutte le sedi e unificazione degli archivi	Report annuale di attività estratto dal software CartSan	Da allegare alla Relazione finale
3	3	Salute e sicurezza nei luoghi di lavoro	A	Relazione annuale sullo stato di salute dei lavoratori della ASL BA	Relazione annuale	Da inviare alla Direzione Strategica e al Controllo di Gestione per STP
4	3	Potenziamento dell'attività di prevenzione del rischio correlato alle attività lavorative	M	Monitoraggio delle prescrizioni/limitazioni dei giudizi di idoneità per ogni P.O.	Relazione annuale	Da inviare alla Direzione Strategica Indicare nella Relazione finale il protocollo di invio
5	3	Formazione	B	Formazione sulla sicurezza sul lavoro per il personale dell'U.O.: organizzazione di eventi su temi diversi da quelli dei precedenti anni	Almeno 2 eventi	Nella Relazione finale indicare data, sede, argomento e partecipanti
6	3	Efficienza organizzativa	M	Monitoraggio attività libero professionale per la verifica del rispetto del vincolo di non superamento dei volumi di attività istituzionale	Riscontro alle richieste formulate dalla Macroarea ALPI D3 relative all'invio mensile dei volumi di attività ALPI con la dichiarazione dei volumi mensili di attività istituzionale corrispondenti	Allegare Note di riscontro nella Relazione finale
7	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 2022-2024 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
8	3	Efficienza organizzativa	A	Procedura per la definizione delle azioni e responsabilità dell'avvio a visita sanitaria di cui al D.L. 81/2008 e s.m.i.	Elaborazione Procedura e trasmissione alla Direzione Generale entro 31/12/2022	La Procedura dovrà essere trasmessa a tutte le Macrostrutture e pubblicata sul sito Intranet aziendale. Obiettivo comune tra Sorveglianza Sanitaria (coordinatore) e AGRU
9	3	Efficienza organizzativa	A	Programmazione campagne di vaccinazioni obbligatorie per il personale sanitario della ASL BA, inserimento su portale Giava, comunicazioni situzionali, segnalazione dei non vaccinati per scelta	Coinvolgimento del 100% del personale sanitario e quello di interesse sanitario che abbiano risposto alla richiesta di manifestazione di interesse	Allegare elenco del personale coinvolto da inviare alla Direzione Strategica e all'AGRU
10	3	Efficienza organizzativa	A	Effettuaz. tamponi rapidi al personale sanitario e di interesse sanitario della ASL BA a frequenza mensile, secondo il protocollo SIRGISL con finalità epidemiologiche e in caso di ferie, rientro da malattia e nell'ambito delle visite mediche pre-assuntive	Esecuzione dei tamponi sierologici ad almeno il 90% del personale sanitario e di interesse sanitario della ASL BA	Allegare elenco del personale coinvolto da inviare alla Direzione Strategica e all'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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Clinical governance	A	Monitoraggio dei punti nascita secondo la procedura aziendale di implementazione Racc. Ministeriali n. 6 e n.16 adottate nel 2019	Elaborazione format di indicatori del monitoraggio da inviare alle unità operative di neonatologia, anestesia e ginecologia dei punti nascita tramite Direzione Medica di Presidio	Report trimestrale da parte delle UO coinvolte all'UO di Rischio Clinico che redige il report finale da inviare all'UO Controllo di Gestione.
2	3	Clinical governance	A	Procedura Aziendale di implementazione della Raccomandazione Ministeriale n. 11 - Morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)	Verifica e Supervisione della Procedura aziendale	
3	3	Efficienza operativa	M	N. Valutazioni medico legali per responsabilità professionali su richieste SBL redatti entro 120 giorni sul totale delle visite medico-legali eseguite	≥ 80%	Report annuale riepilogativo da inviare a STP riportante, per ogni parere redatto, la data ed il protocollo di ricezione e la data ed il protocollo di invio
4	3 4	Formazione	B	Promozione di corsi di formazione base per la Gestione del rischio clinico	Almeno n. 3	Relazione finale e organizzazione da parte dell'UOS Formazione
5	3	Efficienza organizzativa	B	Monitoraggio attività libero professionale per la verifica del rispetto del vincolo di non superamento dell'attività in ALPI dei volumi di attività istituzionale	Riscontro alle richieste formulate dalla Macroarea ALPI D3 relative all'invio mensile dei volumi di attività ALPI con la dichiarazione dei volumi mensili di attività istituzionale corrispondenti	Allegare Note di riscontro nella Relazione finale
6	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 2022-2024 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
7	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 2022-2024	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009
8	3	Clinical governance	A	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 13 per la prevenzione delle cadute	Elaborazione format di indicatori del monitoraggio da inviare alle Unità Operative	Report trimestrale da parte delle UO coinvolte all'UO di Rischio Clinico che redige il report finale da inviare al Controllo di Gestione.
9	3 4	Formazione	B	Costruzione Albo docenti interni	Espletamento bando e pubblicazione online sito aziendale dei docenti interni per area	Relazione finale a cura della UOS Formazione

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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture	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 Anticorruzione	Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dal Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2022-2024 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 2022-2024	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	3	Efficienza organizzativa	A	Predisposizione dei capitolati di gara per l'acquisizione delle Apparecchiature per il Nuovo Ospedale di Monopoli - Fasano	Predisposizione dei capitolati entro il 30/09/2022	Certificato dal R.U.P. (Direttore AGT)
6	1	Efficienza organizzativa	M	Predisposizione Capitolato di gara per la manutenzione e gestione dello strumentario chirurgico	Invio capitolato AGP entro il primo semestre 2022	Obiettivo condiviso con AGP
7	3	Efficienza organizzativa	A	Completamento installazione apparecchiature Radiologiche di cui alla procedura di gara aggiudicata con Deliberazione n. 1161 del 24/06/2019	Installazione del 100% delle apparecchiature entro primo semestre 2022	
8	1	Efficienza organizzativa	A	Rendicontazione degli interventi di cui all'Art.2 decreto Legge n. 34/2020 (Decreto rilancio)	Rendicontazione al 100% degli interventi previsti	Obiettivo condiviso con tra AGT e Ingegneria Clinica
9	3	Efficienza organizzativa	A	Supporto alle Direzioni Amministrative di Presidio per la ricognizione dei beni inventariati presso i Presidi Ospedalieri	Ricognizione fisica dei beni e riconciliazione con risultanze inventariali per almeno tre Reparti per Stabilimento Ospedaliero e Proposta di Procedura per l'allineamento delle anagrafiche della Procedura Cespiti e Procedura di Ingegneria Clinica	Obiettivo condiviso con le Direzioni Amministrative di Presidio
10	3 4	Efficienza organizzativa	A	P.N.R.R.: Supporto al gruppo di lavoro aziendale per le attività richieste dalla Regione	Invio di Relazione finale alla Direzione Strategica	

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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture	Giorni liquidazione fattura $\leq$ 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 2022-2024 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 2022-2024	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	A	Predisposizione del Regolamento per la Telefonia Fissa e Mobile	Trasmissione della Proposta di Deliberazione entro il 30/04/2022	
5	3	Efficienza organizzativa	A	Predisposizione del Regolamento Aziendale per la sicurezza e l'utilizzo delle postazione di informatica individuale	Trasmissione della Proposta di Deliberazione entro il 30/06/2022	DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 14 aprile 2021, n. 81
6	3	Efficienza organizzativa	M	Numero Unico Aziendale	Attivazione entro il 30/06/2022	
7	3	Sanità digitale	A	Migrazione su Cloud Regionale di almeno due piattaforme applicative	Migrazione entro il 31/08/2022	
8	3	Sanità digitale	M	Attivazione Nuova Piattaforma di Gestione del Protocollo e dei Provvedimenti Amministrativi	Attivazione dentro 6 mesi dall'aggiudicazione della gara	
9	3	Efficienza organizzativa	M	Ampliamento dell'offerta per il pagamento delle prestazioni attive tramite il sistema PagoPA	Codifica tipologia incassi di competenza AGRF e attivazione del sistema PagoPA di almeno il 50% delle prestazioni oggetto di fatturazione	Obiettivo condiviso tra AGRF e Sistemi Informativi
10	1	Monitoraggio attività libero professionale	A	Predisposizione CE ALPI 1 Semestre 2022	Predisposizione entro il 30/09/2022	Obiettivo condiviso tra AGRF, Controllo di Gestione e Sistemi Informativi
11	3	Efficienza organizzativa	A	P.N.R.R.: Supporto al gruppo di lavoro aziendale per le attività richieste dalla Regione	Invio di Relazione finale alla Direzione Strategica	
12	3	Sanità digitale	A	Attivazione di un progetto di informatizzazione legato all'implementazione dello smart-working	Invio del progetto alla Direzione Strategica	
13	3	Efficienza organizzativa	M	Ultimazione concorso per l'assunzione di assistente tecnico programmatore - categorie protette	Ultimazione entro il 30/06/2022	

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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

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 2022-2024 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 2022-2024	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009
3	3	Efficienza operativa	M	Collaborazione con STP nella stesura della Relazione annuale sulla Performance	Trasmissione dati di competenza dell'U.O.	
4	3	Efficienza operativa	A	Collaborazione con STP alla Redazione del Piano della Performance 2022-2024	Trasmissione dati di competenza dell'U.O.	
5	3	Efficienza operativa	M	Supporto all'OIV e STP per la valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi di budget annuale	Utilizzo di supporto informatico implementato dall'U.O. Controllo di Gestione per la valutazione degli obiettivi di budget	
6	1 3	Efficienza organizzativa	A	Analisi comparativa per Distretto dei costi per Assistenza protesica da privato	Relazione annuale	Da inviare ai DD.SS.SS.
7	3 1	Controllo della Spesa	B	Predisposizione del C.E. relativo all'Assistenza Penitenziaria	Trasmissione alla Direzione Strategica di report riferito all'esercizio 2022 successivamente alla elaborazione del Bilancio Preconsuntivo 2022.	
8	3	Efficienza organizzativa	A	Redazione Bilancio di Genere 2021	Predisposizione Bozza Bilancio di Genere 2021 entro il 30/09/2022	Obiettivo condiviso tra AGRF, AGRU e Controllo di Gestione
9	1	Monitoraggio attività libero professionale	A	Aggiornamento tariffe ALPI	Aggiornamento delle tariffe di Radiodiagnostica in ALPI entro il 31/03/2022	Obiettivo condiviso tra Controllo di Gestione, AGRU
10	1	Monitoraggio attività libero professionale	A	Predisposizione CE ALPI 1 Semestre 2022	Predisposizione entro il 30/09/2022	Obiettivo condiviso tra AGRF, Controllo di Gestione e Sistemi Informativi

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 Dicembre 2021

DIRETTORE U.O.C.

DIRETTORE GENERALE

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 2022-2024 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 2022-2024	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	1	Efficienza organizzativa	M	Svincolo delle somme vincolate per pignoramenti	Somme vincolate per pignoramento 2022 = 2021 - 10%	Obiettivo condiviso tra AGRF e SBL
5	3	Efficienza organizzativa	A	Aggiornamento del Regolamento Aziendale sul Patrocinio legale per i dipendenti della ASL BA	Invio della proposta di Regolamento alla Direzione Strategica entro il 30/06/2022	
6	1 3	Efficienza organizzativa	M	Protocollo operativo per la gestione dei rimborsi franchigia su polizze assicurative	Invio della proposta alla Direzione Amministrativa entro il 30/06/2022	Obiettivo condiviso tra AGP e SBL
7	1	Efficienza organizzativa	A	Attivazione recupero somme nei confronti dei Comuni morosi	Interruzione dei termini di prescrizione per il 100% dei Comuni e attivazione recupero somme per almeno il 20% dei Comuni interessati	
8	3	Efficienza organizzativa	B	Predisposizione di Regolamento di organizzazione della Struttura Burocratico Legale	Invio del Regolamento alla Direzione Strategica	
9	1	Deflazionamento del contenzioso	A	Analisi del contenzioso SIMT anni precedenti e predisposizione proposte conciliative coerenti con la D.D.G. 1607/2021	Relazione alla Direzione Strategica e predisposizione atti	

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 Dicembre 2021

**DIRETTORE U.O.C.**

**DIRETTORE GENERALE**

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

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2021

**DIRETTORE U.O.C.**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Appropriatezza delle prestazioni sanitarie	M	Controllo dell'appropriatezza dei ricoveri/congruità SDO in Strutture Osped. Private: numero SDO verificate/numero SDO prodotte	75% per ogni Struttura	
2	3	Appropriatezza delle prestazioni sanitarie	M	Controllo su ricoveri con T.C., con protesi, DRG potenz. Inappr. e trattam. con cyberknife e gammaknife in Strutture Osped. Private, IRCSS Maugeri - EEMiulli: numero SDO verificate/numero SDO prodotte	100% per ogni Struttura	
3	3	Appropriatezza delle prestazioni sanitarie	M	Verifica di prestazioni ambulatoriali in Day Service SDA in Strutture Osped. Private, IRCSS Maugeri - EEMiulli: numero SDA verificate/numero SDA prodotte	15% per ogni Struttura	
4	3	Appropriatezza delle prestazioni sanitarie	M	Controllo dell'appropriatezza dei ricoveri in IRCSS Maugeri - EEMiulli: numero SDO verificate/numero SDO prodotte	10% per ogni Struttura	
5	3	Appropriatezza delle prestazioni sanitarie	A	Verifica congruità protocollo Regionale IMA-SCA in Strutture Private e EEMiulli: verbale di congruità	100% per ogni Struttura	
6	3	Appropriatezza delle prestazioni sanitarie	A	Controllo appropriatezza cartella clinica/congruità SDO ex art 56 (Strutture Osped. Private - IRCSS Maugeri e EE Miulli): numero SDO verificate/numero SDO prodotte	10% per ogni Struttura	
7	3	Appropriatezza delle prestazioni sanitarie	M	Riabilitazione ex art.25 L 833/1978: appropriatezza prescrittiva: N° prescrizione/Tot prescrizioni	10% per ogni Struttura	
8	3	Appropriatezza delle prestazioni sanitarie	M	Riabilitazione ex art 26 (Strutture private): Verifica correttezza procedure autorizzative - Aderenza al piano riabilitativo	10% per ogni Struttura	
9	3	Appropriatezza delle prestazioni sanitarie	B	Report semestrale sulle attività svolte	Trasmissione di n.2 report semestrali alla Direzione Sanitaria Aziendale	Note di trasmissione da allegare alla Relazione finale
10	3	Appropriatezza delle prestazioni sanitarie	M	Controllo su ricoveri per COVID-19 presso le Strutture COVID (EE Miulli, Gruppo GVM)	100% per ogni Struttura	
11	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 2022-2024 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
12	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 2022-2024	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009

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 Dicembre 2021

**DIRIGENTE RESPONSABILE**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Formazione	B	Organizzazione di eventi formativi per i Referenti aziendali (referenti distrettuali e farmacisti territoriali) della Rete Malattie Rare	Almeno due eventi	Nella Relazione finale indicare data, sede, argomento e partecipanti.
2	3 2	Clinical governance	A	Procedura assistenziale complessa per malati rari con Sindrome di Rett	Invio della Procedura elaborata secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Obiettivo condiviso tra Centro Territoriale Malattie Rare e UO Epilessia ed EEG Età Evolutiva e UO Governo Liste di Attesa.  Allega alla Relazione finale la documentazione relativa all'invio all'U.O.G.R.C.
3	3	Clinical governance	M	Monitoraggio implementazione procedura per la presentazione dell'istanza di autorizzazione dei farmaci e/o trattamenti extra-LEA a carico del SSN/SSR per i pazienti affetti da MR	Percentuale di Autorizzazioni correttamente istruite 2022 > 2021	
4	3	Efficienza organizzativa	M	Elaborazione della Carta dei Servizi del CTMR	Invio del documento alla Direzione Strategica	

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 Dicembre 2021

**DIRIGENTE RESPONSABILE**

**DIRETTORE GENERALE**

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 2022-2024 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 2022-2024	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009
3	1	Efficienza operativa	A	Sottoscrizione accordi contrattuali con le Strutture Accreditate in conformità alle disposizioni regionali	Predisposizione Atti	
4	1	Efficienza operativa	A	Liquidazione saldi annualità pregresse, fino al 2021 compreso, relative all'E.E. "Miulli" e I.R.C.C.S. "Maugeri"	Predisposizione Atti di liquidazione e/o lettera di completamento procedimento istruttorio	
5	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
6	1	Efficienza operativa	A	Recupero crediti cessione emazie a CBH, come da disposizioni della Direzione Strategica	Predisposizione Determine dirigenziali di liquidazione per recupero	

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 Dicembre 2021

**DIRIGENTE RESPONSABILE**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Comunicazione istituzionale	M	Organizzazione di eventi aziendali	Almeno 2 eventi	Anche con l'utilizzo di modalità a distanza
2	2	Comunicazione istituzionale	A	Gestione dei dati e delle informazioni per l'aggiornamento delle pagine web sul Portale istituzionale aziendale	Ricezione e gestione quadrimestrale dei dati	
3	2	Potenziamento screening oncologici	A	Campagna di comunicazione per la diffusione degli screening oncologici (cervice, mammella e colon) e delle vaccinazioni	Predisposizione materiale informativo cartaceo e utilizzo canali informatici (portale istituzionale e social media)	In collaborazione con il Dipartimento di Prevenzione Allegare documentazione alla Relazione conclusiva
4	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 2022-2024	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009
5	2	Comunicazione istituzionale	B	Gestione diretta dei social network aziendali Facebook, Twitter, Instagram	Relazione	
6	2	Comunicazione istituzionale	A	Gestione dei reclami/segnalazioni ed elogi	Produzione documento annuale con analisi dei reclami/segnalazioni classificati per U.O. interessata	
7	2	Comunicazione istituzionale	M	Adeguamento del Portale aziendale alla ridefinizione della Struttura organizzativa Dipartimentale della ASL	Relazione	Allegare documentazione relativa alle fasi dell'attività alla relazione finale
8	3	Governance aziendale	A	Riassetto della Rete dei Referenti URP	Invio di Relazione finale alla Direzione Strategica	
9	3	Governance aziendale	A	Aggiornamento della circolare in materia di Privacy a seguito dell'adozione del D.Lgs.n.101/2018 e del GDPR	Redazione della circolare e allegata casistica applicativa	
10	3	Governance aziendale	A	Supporto operativo alle Macrostrutture per le pubblicazioni nella sezione Amministrazione Trasparente del sito aziendale	Pubblicazione entro 48 ore dalla richiesta	
11	3	Governance aziendale	M	Aggiornamento degli obblighi delle Macrostrutture ASL in termini di videosorveglianza	Proposta di Delibera di nomina dei Responsabili Videosorveglianza	

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 Dicembre 2021

**DIRETTORE U.O.C.**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Governo delle liste di attesa	A	Produzione di Reporting con analisi dei tempi di attesa delle prestazioni oggetto di monitoraggio sulla base dei dati delle settimane indice forniti dalla Regione Puglia	Invio di n. 4 Report alla Direzione Strategica	Allegare alla Relazione finale la documentazione relativa all'invio
2	3 2	Clinical governance	M	Elaborazione di Progetto di presa in carico del paziente con scompenso cardiaco	Invio del documento alla Direzione Strategica	Allegare alla Relazione finale la documentazione relativa all'invio
3	3 2	Clinical governance	A	Procedura assistenziale complessa per malati rari con Sindrome di Rett	Invio della Procedura elaborata secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Obiettivo condiviso tra Centro Territoriale Malattie Rare e UO Epilessia ed EEG Età Evolutiva e UO Governo Liste di Attesa. Allega alla Relazione finale la documentazione relativa all'invio all'U.O.G.R.C.

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 Dicembre 2021

**DIRIGENTE RESPONSABILE**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Controllo della Spesa	A	Mobilità Passiva extraregionale Assistenza Specialistica relativa alla Neuropsichiatria Infantile	Riduzione del 50% della mobilità passiva rispetto al dato dell'ultimo trimestre 2021 proiettato all'anno	Certificata dalla U.O. Gestione Rapporti con Convenzionati
2	3	Efficienza organizzativa	B	Continuità dell' Osservatorio permanente con TM e CCFF per la definizione di protocolli operativi con Tribunale Minori e Consulteri	2 incontri di coordinamento	Nel report finale riportare il numero di incontri e relativi verbali. Report controfirmato dal referente del Tribunale dei Minori
3	2 3	Progetto Autismo: CAT Provinciale	M	Attivazione Cartella CAT nel SISM: N. cartelle cliniche	30% delle cartelle cliniche, calcolate numericamente per ciascuna UOS	Nella Relazione finale allegare Report riportante, per ciascuna UOS e complessivamente, il N. di cartelle cliniche attivate e la %
4 #	2 4	Efficienza organizzativa	M	Prestazioni in remoto dalla sede implementato da consulto con pediatri di libera scelta	Almeno 5.000 prestazioni	Dati rilevabili da SISM (prestazioni identificate come Colloqui, Consulenze, Consulti) e da riportare nella Relazione finale
5 #	3	Efficienza operativa	A	Numero Prestazioni ambulatoriali Psicologi (visita e somministrazione test)	Almeno 5.000 prestazioni	Dati rilevabili da CUP
6	3	Efficienza operativa	A	Mappatura delle linee di attività con previsione delle connesse prestazioni e definizione dei correlati fabbisogni di personale	Trasmissione della Relazione alla Direzione Strategica e all'U.O. Controllo di Gestione entro il 30/04/2022	Nella Relazione finale indicare data eventi e n. di personale coinvolto, con percentuale sul totale del personale della UOC
7	3	Formazione	B	Personale NPIA coinvolto in eventi ECM per gruppi di coordinamento	80% di tutto il personale U.O.C. NPIA	
8	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture	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
9	2	Comunicazione istituzionale	B	Invio dei dati all'U.O. Servizio di Informazione e Comunicazione istituzionale per l'aggiornamento del Portale aziendale	Invio quadrimestrale dei dati	Certificato dall'U.O. Servizio di Informazione e Comunicazione istituzionale

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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture	Giorni liquidazione fattura $\leq$ 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 Anticorruzione	Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dal Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2022-2024 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 2022-2024	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009
4	1	Monitoraggio della spesa	A	Monitoraggio della spesa dell'Assistenza Riabilitativa residenziale/semiresidenziale per tossicodipendenti da privato	Spesa 2022 nei limiti previsti dal Bilancio di Previsione	Certificato da AGRF
5	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
6	3	Clinical governance	A	Definizione criteri per la presa in carico dei pazienti Doppia Diagnosi funzionali alla revisione del protocollo ex DDG 2016	Orgaizzazione di un Evento formativo Sulla Doppia Diagnosi e definizione dei criteri per la presa in carico dei pazienti Doppia Diagnosi	Entro 30 luglio evento formativo congiunto DDP/DSM Entro 31 dicembre definizione criteri Obiettivo in comune tra DSM E DDP
7	3	Formazione	B	Evento formativo con Enti Ausiliari su procedure di ingresso e monitoraggio progetti terapeutici	Partecipazione dell'80% di operatori	Nella relazione finale specificare il numero dei partecipanti del DDP
8	2	Comunicazione istituzionale	B	Invio dei dati all'U.O. Servizio di Informazione e Comunicazione istituzionale per l'aggiornamento del Portale aziendale	Invio quadrimestrale dei dati	Certificato dall'U.O. Servizio di Informazione e Comunicazione istituzionale

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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Monitoraggio mensile delle presenze di utenti in comunità	Trasmissione alla direzione DDP della scheda mensile di monitoraggio entro il 5° giorno lavorativo di ogni mese	La scheda di monitoraggio è firmata dal dirigente UOS e inviata dalla UOC di afferenza a <a href="mailto:dipartimento.dipendenzepatologiche@asl.bari.it">dipartimento.dipendenzepatologiche@asl.bari.it</a>
2	2	Qualità flussi informativi	M	Rispetto dello scadenziario di ogni flusso informativo richiesto dalla direzione DDP	Trasmissione tempestiva dei flussi all'indirizzo <a href="mailto:dipartimento.dipendenzepatologiche@asl.bari.it">dipartimento.dipendenzepatologiche@asl.bari.it</a>	A cura di ogni dirigente UOS per il tramite della UOC di afferenza
3	2 3	Miglioramento della qualità percepita	B	Somministrazione di questionari sulla qualità percepita dagli stakeholders (Comunità Terapeutiche, USSM, UIEPE) con Relazione finale	Somministrazione al 90% con Relazione finale	Invio relazione alla Direzione Dipartimento entro il 31/12
4	3	Efficienza organizzativa	M	Audit trimestrale tra UOC sulla modalità di gestione dei casi complessi	Partecipazione di almeno il 70% degli operatori	Relazione inviata e protocollata entro 31/03, 30/06, 30/09, 31/12 alla Direzione del Dipartimento
5	3 2	Prevenzione primaria delle dipendenze	M	Incontri di prevenzione primaria con studenti/familiari/docenti presso scuole dell'obbligo utilizzando format autorizzato da Direzione DDP	Almeno 5 Istituti per UOC	Invio relazione alla Direzione del Dipartimento entro il 31/12
6	3	Clinical governance	A	Definizione criteri per la presa in carico dei pazienti Doppia Diagnosi funzionali alla revisione del protocollo ex DDG 2016	Orgaizzazione di un Evento formativo Sulla Doppia Diagnosi e definizione dei criteri per la presa in carico dei pazienti Doppia Diagnosi	Entro 30 luglio evento formativo congiunto DDP/DSM Entro 31 dicembre definizione criteri Obiettivo in comune tra DSM E DDP

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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Monitoraggio mensile delle presenze di utenti in comunità	Trasmissione alla direzione DDP della scheda mensile di monitoraggio entro il 5° giorno lavorativo di ogni mese	La scheda di monitoraggio è firmata dal dirigente UOS e inviata dalla UOC di afferenza a <a href="mailto:dipartimento.dipendenzepatologiche@asl.bari.it">dipartimento.dipendenzepatologiche@asl.bari.it</a>
2	2	Qualità flussi informativi	M	Rispetto dello scadenziario di ogni flusso informativo richiesto dalla direzione DDP	Trasmissione tempestiva dei flussi all'indirizzo <a href="mailto:dipartimento.dipendenzepatologiche@asl.bari.it">dipartimento.dipendenzepatologiche@asl.bari.it</a>	A cura di ogni dirigente UOS per il tramite della UOC di afferenza
3	2 3	Miglioramento della qualità percepita	B	Somministrazione di questionari sulla qualità percepita dagli stakeholders (Comunità Terapeutiche, USSM, UIEPE) con Relazione finale	Somministrazione al 90% con Relazione finale	Invio relazione alla Direzione Dipartimento entro il 31/12
4	3	Efficienza organizzativa	M	Audit trimestrale tra UOC sulla modalità di gestione dei casi complessi	Partecipazione di almeno il 70% degli operatori	Relazione inviata e protocollata entro 31/03, 30/06, 30/09, 31/12 alla Direzione del Dipartimento
5	3 2	Prevenzione primaria delle dipendenze	M	Incontri di prevenzione primaria con studenti/familiari/docenti presso scuole dell'obbligo utilizzando format autorizzato da Direzione DDP	Almeno 5 Istituti per UOC	Invio relazione alla Direzione del Dipartimento entro il 31/12
6	3	Clinical governance	A	Definizione criteri per la presa in carico dei pazienti Doppia Diagnosi funzionali alla revisione del protocollo ex DDG 2016	Orgaizzazione di un Evento formativo Sulla Doppia Diagnosi e definizione dei criteri per la presa in carico dei pazienti Doppia Diagnosi	Entro 30 luglio evento formativo congiunto DDP/DSM Entro 31 dicembre definizione criteri Obiettivo in comune tra DSM E DDP

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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture	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 2022-2024	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 2022-2024 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
4	3	Controllo della spesa	A	Monitoraggio della spesa dell'Assistenza Riabilitativa per malati e disturbati mentali da privato	Spesa 2021 nei limiti previsti dal Bilancio di Previsione	Certificato da AGRF
5	4	Clinical governance	B	Monitoraggio e verifica sulle Dimissioni volontarie presso gli S.P.D.C.	Dimissioni volontarie ≤ 3%	Per la Direzione si riferisce alla media del Dipartimento
6	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
7	1	Formazione	B	Realizzazione di Evento dipartimentale di lotta allo stigma	Partecipazione >80% personale del DSM	Nella Relazione di fine anno descrivere data, sede, n. partecipanti
8	2	Lotta allo stigma e inclusione sociale	B	Realizzazione di evento dipartimentale di lotta allo stigma e promozione della salute rivolto agli operatori del DSM	Partecipazione >80% personale del DSM	Nella Relazione di fine anno descrivere data, sede, n. partecipanti
9	1	Appropriatezza setting assistenziale	M	Utilizzo scala standardizzata BPRS di valutazione degli esiti a livello territoriale	Somministrazione in almeno 70% dei nuovi contatti	Scala da somministrare al primo contatto ed a 6 mesi
10	3	Efficienza organizzativa	M	Monitoraggio attività libero professionale per la verifica del rispetto del vincolo di non superamento dei volumi di attività istituzionale	Riscontro alle richieste formulate dalla Macroarea ALPI D3 relative all'invio mensile dei volumi di attività ALPI con la dichiarazione dei volumi mensili di attività istituzionale corrispondenti	Confronto con corrispondente attività istituzionale mediante dati aggregati per UOC ottenuti dal SISM:Allegare Note di riscontro nella Relazione finale
11	2	Comunicazione istituzionale	B	Invio dei dati all'U.O. Servizio di Informazione e Comunicazione istituzionale per l'aggiornamento del Portale aziendale	Invio quadrimestrale dei dati	Certificato dall'U.O. Servizio di Informazione e Comunicazione istituzionale
12	3	Efficienza organizzativa	A	Revisione e approvazione della Procedura interaziendale per il trasporto secondario dei pazienti psichiatrici sul territorio	Proposta di Delibera	Obiettivo condiviso tra i Dipartimenti di Emergenza-Urgenza e di Salute Mentale
13	3	Clinical governance	A	Definizione criteri per la presa in carico dei pazienti Doppia Diagnosi funzionali alla revisione del protocollo ex DDG 2016	Orgaizzazione di un Evento formativo Sulla Doppia Diagnosi e definizione dei criteri per la presa in carico dei pazienti Doppia Diagnosi	Entro 30 luglio evento formativo congiunto DDP/DSM Entro 31 dicembre definizione criteri Obiettivo in comune tra DSM E DDP

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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 4	Clinical governance	A	% Dimissioni volontarie	< 3%	
2 3	Clinical governance	M	Applicazione della procedura aziendale sulla prevenzione del suicidio: N° procedure applicate/ N° tentati suicidi annuali notificati per reparto	80%	
3 3	Appropriatezza setting assistenziale	A	Monitoraggio e verifica degli eventi di contenzione: N° schede di monitoraggio/ N° eventi contenitivi	90%	Gli eventi di contenzione dovranno essere segnalati alla Direzione DSM
4 2 4	Lotta allo stigma e inclusione sociale	B	Evento dipartimentale di lotta allo stigma	Partecipazione personale >80%	Nella relazione da inviare al Direttore DSM indicare data e numero partecipanti
5 3 2	Clinical governance	M	Realizzazione di progetti psicoeducativi rivolti a pazienti dell'SPDC e loro familiari	Almeno due progetti	Relazione da trasmettere al Direttore del DSM
6 3	Clinical governance	A	Definizione criteri per la presa in carico dei pazienti Doppia Diagnosi funzionali alla revisione del protocollo ex DDG 2016	Orgaizzazione di un Evento formativo Sulla Doppia Diagnosi e definizione dei criteri per la presa in carico dei pazienti Doppia Diagnosi	Entro 30 luglio evento formativo congiunto DDP/DSM Entro 31 dicembre definizione criteri Obiettivo in comune tra DSM E DDP
7 3	Efficienza organizzativa	A	Revisione e approvazione della Procedura interaziendale per il trasporto secondario dei pazienti psichiatrici sul territorio	Proposta di Delibera	Obiettivo condiviso tra i Dipartimenti di Emergenza-Urgenza e di Salute Mentale

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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 4	Clinical governance	A	% Dimissioni volontarie	< 3%	
2 3	Clinical governance	M	Applicazione della procedura aziendale sulla prevenzione del suicidio: N° procedure applicate/ N° tentati suicidi annuali notificati per reparto	80%	
3 3	Appropriatezza setting assistenziale	A	Monitoraggio e verifica degli eventi di contenzione: N° schede di monitoraggio/ N° eventi contenitivi	90%	Gli eventi di contenzione dovranno essere segnalati alla Direzione DSM
4 2 4	Lotta allo stigma e inclusione sociale	B	Evento dipartimentale di lotta allo stigma	Partecipazione personale >80%	Nella relazione da inviare al Direttore DSM indicare data e numero partecipanti
5 3 2	Clinical governance	M	Realizzazione di progetti psicoeducativi rivolti a pazienti dell'SPDC e loro familiari	Almeno due progetti	Relazione da trasmettere al Direttore del DSM
6 3	Clinical governance	A	Definizione criteri per la presa in carico dei pazienti Doppia Diagnosi funzionali alla revisione del protocollo ex DDG 2016	Organizzazione di un Evento formativo Sulla Doppia Diagnosi e definizione dei criteri per la presa in carico dei pazienti Doppia Diagnosi	Entro 30 luglio evento formativo congiunto DDP/DSM Entro 31 dicembre definizione criteri Obiettivo in comune tra DSM E DDP
7 3	Efficienza organizzativa	A	Revisione e approvazione della Procedura interaziendale per il trasporto secondario dei pazienti psichiatrici sul territorio	Proposta di Delibera	Obiettivo condiviso tra i Dipartimenti di Emergenza-Urgenza e di Salute Mentale

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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	2 4	Lotta allo stigma e inclusione sociale	B	Evento dipartimentale di lotta allo stigma	Partecipazione personale >80%	Nella relazione da inviare al Direttore DSM indicare data e numero partecipanti
2	1	Appropriatezza setting assistenziale	M	Utilizzo scala standardizzata BPRS di valutazione degli esiti a livello territoriale	Somministrazione in almeno 70% dei nuovi contatti	Scala da somministrare al primo contatto ed a 6 mesi
3	3	Appropriatezza setting assistenziale	A	Utilizzo della Scheda redatta nel 2021 dal DSM nelle attività di verifica delle Strutture Riabilitative	100% delle Strutture Riabilitative sottoposte a controllo	Nella relazione da inviare al Direttore DSM riportare il numero delle Strutture Riabilitative sottoposte a controllo con l'utilizzo della Scheda
4	3	Clinical governance	A	Definizione criteri per la presa in carico dei pazienti Doppia Diagnosi funzionali alla revisione del protocollo ex DDG 2016	Orgaizzazione di un Evento formativo Sulla Doppia Diagnosi e definizione dei criteri per la presa in carico dei pazienti Doppia Diagnosi	Entro 30 luglio evento formativo congiunto DDP/DSM Entro 31 dicembre definizione criteri Obiettivo in comune tra DSM E DDP
5	3	Efficienza operativa	B	Risposta formale ai reclami entro 1 settimana dalla data di notifica da parte del Direttore DSM	100%	Certificato dal Direttore del Dipartimento
6	3	Efficienza organizzativa	A	Revisione della Procedura interaziendale per il trasporto secondario dei pazienti psichiatrici sul territorio	Proposta di Delibera	Obiettivo condiviso tra i Dipartimenti di Emergenza-Urgenza e di Salute Mentale

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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	2 4	Lotta allo stigma e inclusione sociale	B	Evento dipartimentale di lotta allo stigma	Partecipazione personale >80%	Nella relazione da inviare al Direttore DSM indicare data e numero partecipanti
2	1	Appropriatezza setting assistenziale	M	Utilizzo scala standardizzata BPRS di valutazione degli esiti a livello territoriale	Somministrazione in almeno 70% dei nuovi contatti	Scala da somministrare al primo contatto ed a 6 mesi
3	3	Appropriatezza setting assistenziale	A	Utilizzo della Scheda redatta nel 2021 dal DSM nelle attività di verifica delle Strutture Riabilitative	100% delle Strutture Riabilitative sottoposte a controllo	Nella relazione da inviare al Direttore DSM riportare il numero delle Strutture Riabilitative sottoposte a controllo con l'utilizzo della Scheda
4	3	Clinical governance	A	Definizione criteri per la presa in carico dei pazienti Doppia Diagnosi funzionali alla revisione del protocollo ex DDG 2016	Orgaizzazione di un Evento formativo Sulla Doppia Diagnosi e definizione dei criteri per la presa in carico dei pazienti Doppia Diagnosi	Entro 30 luglio evento formativo congiunto DDP/DSM Entro 31 dicembre definizione criteri Obiettivo in comune tra DSM E DDP
5	3	Efficienza operativa	B	Risposta formale ai reclami entro 1 settimana dalla data di notifica da parte del Direttore DSM	100%	Certificato dal Direttore del Dipartimento
6	3	Efficienza organizzativa	A	Revisione della Procedura interaziendale per il trasporto secondario dei pazienti psichiatrici sul territorio	Proposta di Delibera	Obiettivo condiviso tra i Dipartimenti di Emergenza-Urgenza e di Salute Mentale

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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	2 4	Lotta allo stigma e inclusione sociale	B	Evento dipartimentale di lotta allo stigma	Partecipazione personale >80%	Nella relazione da inviare al Direttore DSM indicare data e numero partecipanti
2	1	Appropriatezza setting assistenziale	M	Utilizzo scala standardizzata BPRS di valutazione degli esiti a livello territoriale	Somministrazione in almeno 70% dei nuovi contatti	Scala da somministrare al primo contatto ed a 6 mesi
3	3	Appropriatezza setting assistenziale	A	Utilizzo della Scheda redatta nel 2021 dal DSM nelle attività di verifica delle Strutture Riabilitative	100% delle Strutture Riabilitative sottoposte a controllo	Nella relazione da inviare al Direttore DSM riportare il numero delle Strutture Riabilitative sottoposte a controllo con l'utilizzo della Scheda
4	3	Clinical governance	A	Definizione criteri per la presa in carico dei pazienti Doppia Diagnosi funzionali alla revisione del protocollo ex DDG 2016	Orgaizzazione di un Evento formativo Sulla Doppia Diagnosi e definizione dei criteri per la presa in carico dei pazienti Doppia Diagnosi	Entro 30 luglio evento formativo congiunto DDP/DSM Entro 31 dicembre definizione criteri Obiettivo in comune tra DSM E DDP
5	3	Efficienza operativa	B	Risposta formale ai reclami entro 1 settimana dalla data di notifica da parte del Direttore DSM	100%	Certificato dal Direttore del Dipartimento
6	3	Efficienza organizzativa	A	Revisione della Procedura interaziendale per il trasporto secondario dei pazienti psichiatrici sul territorio	Proposta di Delibera	Obiettivo condiviso tra i Dipartimenti di Emergenza-Urgenza e di Salute Mentale

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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	2 4	Lotta allo stigma e inclusione sociale	B	Evento dipartimentale di lotta allo stigma	Partecipazione personale >80%	Nella relazione da inviare al Direttore DSM indicare data e numero partecipanti
2	1	Appropriatezza setting assistenziale	M	Utilizzo scala standardizzata BPRS di valutazione degli esiti a livello territoriale	Somministrazione in almeno 70% dei nuovi contatti	Scala da somministrare al primo contatto ed a 6 mesi
3	3	Appropriatezza setting assistenziale	A	Utilizzo della Scheda redatta nel 2021 dal DSM nelle attività di verifica delle Strutture Riabilitative	100% delle Strutture Riabilitative sottoposte a controllo	Nella relazione da inviare al Direttore DSM riportare il numero delle Strutture Riabilitative sottoposte a controllo con l'utilizzo della Scheda
4	3	Clinical governance	A	Definizione criteri per la presa in carico dei pazienti Doppia Diagnosi funzionali alla revisione del protocollo ex DDG 2016	Orgaizzazione di un Evento formativo Sulla Doppia Diagnosi e definizione dei criteri per la presa in carico dei pazienti Doppia Diagnosi	Entro 30 luglio evento formativo congiunto DDP/DSM Entro 31 dicembre definizione criteri Obiettivo in comune tra DSM E DDP
5	3	Efficienza operativa	B	Risposta formale ai reclami entro 1 settimana dalla data di notifica da parte del Direttore DSM	100%	Certificato dal Direttore del Dipartimento
6	3	Efficienza organizzativa	A	Revisione della Procedura interaziendale per il trasporto secondario dei pazienti psichiatrici sul territorio	Proposta di Delibera	Obiettivo condiviso tra i Dipartimenti di Emergenza-Urgenza e di Salute Mentale

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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	2 4	Lotta allo stigma e inclusione sociale	B	Evento dipartimentale di lotta allo stigma	Partecipazione personale >80%	Nella relazione da inviare al Direttore DSM indicare data e numero partecipanti
2	1	Appropriatezza setting assistenziale	M	Utilizzo scala standardizzata BPRS di valutazione degli esiti a livello territoriale	Somministrazione in almeno 70% dei nuovi contatti	Scala da somministrare al primo contatto ed a 6 mesi
3	3	Appropriatezza setting assistenziale	A	Utilizzo della Scheda redatta nel 2021 dal DSM nelle attività di verifica delle Strutture Riabilitative	100% delle Strutture Riabilitative sottoposte a controllo	Nella relazione da inviare al Direttore DSM riportare il numero delle Strutture Riabilitative sottoposte a controllo con l'utilizzo della Scheda
4	3	Clinical governance	A	Definizione criteri per la presa in carico dei pazienti Doppia Diagnosi funzionali alla revisione del protocollo ex DDG 2016	Orgaizzazione di un Evento formativo Sulla Doppia Diagnosi e definizione dei criteri per la presa in carico dei pazienti Doppia Diagnosi	Entro 30 luglio evento formativo congiunto DDP/DSM Entro 31 dicembre definizione criteri Obiettivo in comune tra DSM E DDP
5	3	Efficienza operativa	B	Risposta formale ai reclami entro 1 settimana dalla data di notifica da parte del Direttore DSM	100%	Certificato dal Direttore del Dipartimento
6	3	Efficienza organizzativa	A	Revisione della Procedura interaziendale per il trasporto secondario dei pazienti psichiatrici sul territorio	Proposta di Delibera	Obiettivo condiviso tra i Dipartimenti di Emergenza-Urgenza e di Salute Mentale

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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	2 4	Lotta allo stigma e inclusione sociale	B	Evento dipartimentale di lotta allo stigma	Partecipazione personale >80%	Nella relazione da inviare al Direttore DSM indicare data e numero partecipanti
2	1	Appropriatezza setting assistenziale	M	Utilizzo scala standardizzata BPRS di valutazione degli esiti a livello territoriale	Somministrazione in almeno 70% dei nuovi contatti	Scala da somministrare al primo contatto ed a 6 mesi
3	3	Appropriatezza setting assistenziale	A	Utilizzo della Scheda redatta nel 2021 dal DSM nelle attività di verifica delle Strutture Riabilitative	100% delle Strutture Riabilitative sottoposte a controllo	Nella relazione da inviare al Direttore DSM riportare il numero delle Strutture Riabilitative sottoposte a controllo con l'utilizzo della Scheda
4	3	Clinical governance	A	Definizione criteri per la presa in carico dei pazienti Doppia Diagnosi funzionali alla revisione del protocollo ex DDG 2016	Orgaizzazione di un Evento formativo Sulla Doppia Diagnosi e definizione dei criteri per la presa in carico dei pazienti Doppia Diagnosi	Entro 30 luglio evento formativo congiunto DDP/DSM Entro 31 dicembre definizione criteri Obiettivo in comune tra DSM E DDP
5	3	Efficienza operativa	B	Risposta formale ai reclami entro 1 settimana dalla data di notifica da parte del Direttore DSM	100%	Certificato dal Direttore del Dipartimento
6	3	Efficienza organizzativa	A	Revisione della Procedura interaziendale per il trasporto secondario dei pazienti psichiatrici sul territorio	Proposta di Delibera	Obiettivo condiviso tra i Dipartimenti di Emergenza-Urgenza e di Salute Mentale

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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	2 4	Lotta allo stigma e inclusione sociale	B	Evento dipartimentale di lotta allo stigma	Partecipazione personale >80%	Nella relazione da inviare al Direttore DSM indicare data e numero partecipanti
2	1	Appropriatezza setting assistenziale	M	Utilizzo scala standardizzata BPRS di valutazione degli esiti a livello territoriale	Somministrazione in almeno 70% dei nuovi contatti	Scala da somministrare al primo contatto ed a 6 mesi
3	3	Appropriatezza setting assistenziale	A	Utilizzo della Scheda redatta nel 2021 dal DSM nelle attività di verifica delle Strutture Riabilitative	100% delle Strutture Riabilitative sottoposte a controllo	Nella relazione da inviare al Direttore DSM riportare il numero delle Strutture Riabilitative sottoposte a controllo con l'utilizzo della Scheda
4	3	Clinical governance	A	Definizione criteri per la presa in carico dei pazienti Doppia Diagnosi funzionali alla revisione del protocollo ex DDG 2016	Orgaizzazione di un Evento formativo Sulla Doppia Diagnosi e definizione dei criteri per la presa in carico dei pazienti Doppia Diagnosi	Entro 30 luglio evento formativo congiunto DDP/DSM Entro 31 dicembre definizione criteri Obiettivo in comune tra DSM E DDP
5	3	Efficienza operativa	B	Risposta formale ai reclami entro 1 settimana dalla data di notifica da parte del Direttore DSM	100%	Certificato dal Direttore del Dipartimento
6	3	Efficienza organizzativa	A	Revisione della Procedura interaziendale per il trasporto secondario dei pazienti psichiatrici sul territorio	Proposta di Delibera	Obiettivo condiviso tra i Dipartimenti di Emergenza-Urgenza e di Salute Mentale

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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Appropriatezza setting assistenziale	B	Report semestrale sui dati di attività	N. 2 Report	Da inviare al Direttore del Dipartimento
2	4	Lotta allo stigma e inclusione sociale	B	Realizzazione di evento di lotta allo stigma e promozione della salute rivolto a utenti, operatori, popolazione	Almeno 3 eventi	Nella Relazione finale descrivere data, sede, argomento e n. partecipanti
3	1	Controllo della spesa	A	Monitoraggio della spesa annua per residenzialità riabilitativa per DCA rispetto al budget assegnato	N. 1 Report relativo al I Semestre 2021 entro il 15/09/2021 N. 1 Report relativo all'anno 2021 entro 28/02/2022	Da inviare al Direttore del Dipartimento
4	3	Appropriatezza setting assistenziale	M	Valutazione e predisposizione con monitoraggio di PTR residenziali riabilitativi DCA di competenza ASL BA (comprese proroghe)	Relazione specialistica finale su PTR residenziali/utenti 2021 e confronto anni precedenti	
5	3	Appropriatezza setting assistenziale	A	% pazienti presi in carico e/o rivalutati nel 2022 con applicazione protocollo di valutazione con scale standardizzate riconosciute nei DCA	> 80% dei pazienti presi in carico	
6	2	Clinical governance	M	Programma strutturato di Psicoeducazione per familiari di soggetti con DCA in carico alla UOSVD DCA	Almeno 5 incontri su tematiche specifiche	Nella Relazione finale allegare una relazione sintetica con Scheda programma con n. Incontri, date, tematiche generali e n. medio familiari presenti
7	3 2	Clinical governance	M	Realizzazione modulo di 16 incontri di gruppo con interventi di Like Skill e Cognitive Remediation Therapy.	Almeno 2 moduli di interventi di gruppo. Test pre e post CIA, D-Flex, EDI/EDE	Ogni modulo prevede n.16 interventi di gruppo a soggetti con DCA area restrittiva. Intervallo incontri settimanale o quindicinale in base a n utenti e spazi della struttura
8	2 3	Clinical governance	B	Sperimentazione Attivazione di sportello telefonico (un giorno/settimana per tre ore per almeno 9 mesi) informativo - psicoeducativo DCA per genitori di utenti fascia età 5-13 aa su due comuni	Realizzazione n. 2 eventi informativo-psicoeducativo con genitori, insieme al contributo di loro PLS, in stesso comune o in due comuni (Altamura e Molfetta).	Nella Relazione finale descrivere data, sede, argomento e n. partecipanti

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	2 4	Lotta allo stigma e inclusione sociale	B	Evento dipartimentale di lotta allo stigma	Partecipazione personale >80%	Nella relazione da inviare al Direttore DSM indicare data e numero partecipanti
2	1	Appropriatezza setting assistenziale	M	Utilizzo scala standardizzata BPRS di valutazione degli esiti a livello territoriale	Somministrazione in almeno 70% dei nuovi contatti	Scala da somministrare al primo contatto ed a 6 mesi
3	3	Clinical governance	A	Definizione criteri per la presa in carico dei pazienti Doppia Diagnosi funzionali alla revisione del protocollo ex DDG 2016	Orgaizzazione di un Evento formativo Sulla Doppia Diagnosi e definizione dei criteri per la presa in carico dei pazienti Doppia Diagnosi	Entro 30 luglio evento formativo congiunto DDP/DSM Entro 31 dicembre definizione criteri Obiettivo in comune tra DSM E DDP

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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Clinical governance	M	Valutazione Clinica mediante l'uso di scale standardizzate	80% dei pazienti	
2	3	Clinical governance	M	Organizzazione attività riabilitativa presso CC Bari con monitoraggio degli esiti	Almeno un progetto riabilitativo a gruppi di pazienti	
3	2	Lotta allo stigma e inclusione sociale	B	Evento dipartimentale di lotta allo stigma	Partecipazione personale >80%	Nella relazione da inviare al Direttore DSM indicare data e numero partecipanti
4	3	Clinical governance	A	Definizione criteri per la presa in carico dei pazienti Doppia Diagnosi funzionali alla revisione del protocollo ex DDG 2016	Orgaizzazione di un Evento formativo Sulla Doppia Diagnosi e definizione dei criteri per la presa in carico dei pazienti Doppia Diagnosi	Entro 30 luglio evento formativo congiunto DDP/DSM Entro 31 dicembre definizione criteri Obiettivo in comune tra DSM E DDP

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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	2 3	Clinical Governance	M	Individuazione, valutazione e proposte di intervento per soggetti con problemi di identità di genere	Almeno 10 utenti	Allegare alla relazione finale report riepilogativo della partecipazione degli utenti
2	2 3	Appropriatezza setting assistenziale	M	Formazione di gruppi psico-educativi su esordi e uso di sostanze rivolti a utenti e familiari	Gruppo di utenti fino a 15 partecipanti per 5 incontri Gruppo di familiari fino a 5 famiglie per 5 incontri	Allegare alla relazione finale report riepilogativo della partecipazione degli utenti
3	2 3	Appropriatezza setting assistenziale	M	Interventi integrati rivolti a soggetti con gravi disturbi di personalità in fase di esordio	Fino a 10 utenti	Allegare alla relazione finale report riepilogativo degli interventi sugli utenti
4	2	Lotta allo stigma e inclusione sociale	B	Eventi pubblici prodotti da laboratori poli-espressivi	Fino a 20 partecipanti	Allegare alla relazione finale report riepilogativo della partecipazione degli utenti
5	2	Lotta allo stigma e inclusione sociale	B	Proseguo del Progetto sperimentale peer to peer rivolto a ragazzi con ritiro sociale	Coinvolgere nuovi facilitatori, fino a 3	Allegare alla relazione finale report riepilogativo della partecipazione degli utenti

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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 4	Clinical governance	A	% Dimissioni volontarie	< 3%	
2 3	Clinical governance	M	Applicazione della procedura aziendale sulla prevenzione del suicidio: N° procedure applicate/ N° tentati suicidi annuali notificati per reparto	80%	
3 3	Appropriatezza setting assistenziale	A	Monitoraggio e verifica degli eventi di contenzione: N° schede di monitoraggio/ N° eventi contenitivi	90%	Gli eventi di contenzione dovranno essere segnalati alla Direzione DSM
4 2 4	Lotta allo stigma e inclusione sociale	B	Evento dipartimentale di lotta allo stigma	Partecipazione personale >80%	Nella relazione da inviare al Direttore DSM indicare data e numero partecipanti
5 3 2	Clinical governance	M	Realizzazione di progetti psicoeducativi rivolti a pazienti dell'SPDC e loro familiari	Almeno due progetti	Relazione da trasmettere al Direttore del DSM
6 3	Clinical governance	A	Definizione criteri per la presa in carico dei pazienti Doppia Diagnosi funzionali alla revisione del protocollo ex DDG 2016	Orgaizzazione di un Evento formativo Sulla Doppia Diagnosi e definizione dei criteri per la presa in carico dei pazienti Doppia Diagnosi	Entro 30 luglio evento formativo congiunto DDP/DSM Entro 31 dicembre definizione criteri Obiettivo in comune tra DSM E DDP
7 3	Efficienza organizzativa	A	Revisione e approvazione della Procedura interaziendale per il trasporto secondario dei pazienti psichiatrici sul territorio	Proposta di Delibera	Obiettivo condiviso tra i Dipartimenti di Emergenza-Urgenza e di Salute Mentale

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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture	Giorni liquidazione fattura $\leq$ 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 Anticorruzione	Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dal Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2022-2024 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 2022-2024	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009
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	2	Potenziamento della copertura vaccinale	A	Copertura vaccinale per Influenza negli anziani: attività di promozione e efficientamento	N. 2 verbali di incontri con MMG - Relazione su campagna informativa d'intesa con gli organismi aziendali preposti	Da allegare alla relazione finale
6	3	Efficienza organizzativa	B	Monitoraggio del grado di raggiungimento degli obiettivi operativi di budget dei SIAV A, B e C	N. 2 Richieste semestrali indirizzate ai Responsabili delle UU.OO. di riferimento	Num.2 richieste da allegare alla Relazione finale
7	3	Efficienza organizzativa	B	Monitoraggio del grado di raggiungimento degli obiettivi operativi di budget del SIAN	N. 2 Richieste semestrali indirizzate ai Responsabili delle UU.OO. di riferimento	Num.2 richieste da allegare alla Relazione finale
8	3	Efficienza organizzativa	M	Monitoraggio attività libero professionale per la verifica del rispetto del vincolo di non superamento dei volumi di attività istituzionale	Riscontro alle richieste formulate 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
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	2	Comunicazione istituzionale	B	Invio dei dati all'U.O. Servizio di Informazione e Comunicazione istituzionale per l'aggiornamento del Portale aziendale	Invio quadrimestrale dei dati	Certificato dall'U.O. Servizio di Informazione e Comunicazione istituzionale
11	3 2	Miglioramento della qualità assistenziale	A	Screening Carcinoma della mammella: Percentuale di adesione della popolazione bersaglio	60% della popolazione bersaglio	Subordinato all'assunzione delle figure dei Tecnici Sanitari di Radiologia Medica dedicati allo screening mammografico e all'andamento della pandemia da Covid 19
12	3 2	Miglioramento della qualità assistenziale	A	Screening Carcinoma della cervice uterina: Percentuale di adesione della popolazione bersaglio	42% della popolazione bersaglio	Subordinato alla integrazione della dotazione organica e agli adeguamenti strutturali dei Consulteri

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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture	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 2022-2024 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 2020	80%	
7 #	3	Potenziamento attività di Sorveglianza e Prevenzione Malattie Infettive Trasmissibili	A	Vaccinazione antimeningococco Tetravalente Coorte 2008	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%	
9	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
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 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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture	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 2022-2024 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 2020	80%	
7 #	3	Potenziamento attività di Sorveglianza e Prevenzione Malattie Infettive Trasmissibili	A	Vaccinazione antimeningococco Tetravalente Coorte 2008	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%	
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 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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture	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 2022-2024 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 2020	80%	
7 #	3	Potenziamento attività di Sorveglianza e Prevenzione Malattie Infettive Trasmissibili	A	Vaccinazione antimeningococco Tetravalente Coorte 2008	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%	
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 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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture	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 2022-2024 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	6%	
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	15%	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	40	Report riepilogativo da inviare al Direttore del Dipartimento. Fonte: Registri di attività
9	3	Salute e sicurezza nei luoghi di lavoro: Piano Regionale della Prevenzione 2020 - 2025	A	Elaborazione di almeno 1 Piano Mirato di Prevenzione relativo agli obiettivi predefiniti del PRP	1	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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture	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 2022-2024 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	6%	Target del 6% in seguito a mozione del Consiglio Regionale del 6/10/2021. Subordinato all'impegno assunto in quella sede a incrementare con risorse autonome regionali le dotazioni organiche del personale ispettivo.
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	15%	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	35	Report riepilogativo da inviare al Direttore del Dipartimento. Fonte: Registri di attività
10	3	Salute e sicurezza nei luoghi di lavoro: Piano Regionale della Prevenzione 2020 - 2025	A	Elaborazione di almeno 1 Piano Mirato di Prevenzione relativo agli obiettivi predefiniti del PRP (MSK)	1	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 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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture	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 2022-2024 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	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
7	3	Efficienza dei Servizi di Prevenzione	A	N. aziende ispezionate/N. aziende con dipendenti	6%	Target del 6% in seguito a mozione del Consiglio Regionale del 6/10/2021. Subordinato all'impegno assunto in quella sede a incrementare con risorse autonome regionali le dotazioni organiche del personale ispettivo. In subordine il target diventerà il 5%
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	8%	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	40	Report riepilogativo da inviare al Direttore del Dipartimento. Fonte: Registri di attività
10	3	Salute e sicurezza nei luoghi di lavoro: Piano Regionale della Prevenzione 2020 - 2025	A	Elaborazione di almeno 1 Piano Mirato di Prevenzione relativo agli obiettivi predefiniti del PRP	1	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 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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture	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 2022-2024 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	Alligare 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 chesarà 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 riguardante Celiachia/Allergie alimentari	Nella Relazione di fine anno descrivere data, sede, argomento e n. partecipanti
9	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
10	3	Implementazione Piano Regionale CC.UU. di residui di prodotti fitosanitari	A	Controlli ispettivi e documentali e prelievo campioni operati/totale controlli ispettivi e documentali e prelievo campioni	0.8	
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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture	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 2022-2024 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 chesarà 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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture	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 2022-2024 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	B	Monitoraggio del grado di raggiungimento degli obiettivi	Trasmissione 2 Report semestrali	Da inviare via mail alla Direzione del Dipartimento e da allegare alla Relazione finale chesarà trasmessa al Direttore del Dipartimento di Prevenzione
5	3	Qualità flussi informativi	M	Flussi informativi trasmessi entro i termini previsti / totale flussi informativi di competenza	100%	Obiettivo certificato dalla Direzione del Dipartimento
6	3	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
7	3	Promozione sicurezza alimentare	A	Controlli su attività di deposito produzione e commercializzazione MOCA	Almeno 5 controlli	PRC 2018-2020
8	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
9	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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture	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 2022-2024 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	Controlli sugli allevamenti	A	allevamenti ovini controllati per Scrapie classica / tot.allevamenti ovini	100%	
8	3	Controlli sugli allevamenti	A	allevamenti controllati per TBC e LEB bovina / tot.allev. Bovini	100%	
9	3	Controlli sugli allevamenti	A	allevamenti controllati per BR ovi-caprina / tot.allevamenti ovi-caprini	100%	
10	3	Controlli sugli allevamenti	A	allevamenti controllati semestralmente per BR bovina / tot.allev.bovini	100%	
11	3	Piano regionale finalizzato all'eradicazione della Malattia di Aujeszky	A	allevamenti controllati per Aujeszky / tot.allevamenti suini	100%	
12	3	Controlli sugli allevamenti	A	allevamenti equini controllati / tot. allevamenti equini presenti in anagrafe	≥ 5%	
13	3	Controlli sugli allevamenti	A	modello 4 elettronico / modello 4 movimentazione equidi richiesti	≥ 20%	
14	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.
15	3	Riduzione costi	A	Costi utilizzo mezzo proprio 2022 / costi utilizzo mezzo proprio 2021	<= 0,90	Certificato dalla Direzione del Dipartimento
16	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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture	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 2022-2024 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	Controlli sugli allevamenti	A	allevamenti ovini controllati per Scrapie classica / tot.allevamenti ovini	100%	
8	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
9	3	Controlli sugli allevamenti	A	allevamenti controllati per BR ovi-caprina / tot.allevamenti ovi-caprini	100%	
10	3	Controlli sugli allevamenti	A	allevamenti controllati semestralmente per BR bovina / tot.allev.bovini	100%	
11	3	Piano regionale finalizzato all'eradicazione della Malattia di Aujeszky	A	allevamenti controllati per Aujeszky / tot.allevamenti suini	100%	
12	3	Controlli sugli allevamenti	A	allevamenti equini controllati / tot. allevamenti equini in anagrafe	≥ 5%	
13	3	Controlli sugli allevamenti	A	modello 4 elettronico / modello 4 movimentazione equidi richiesti	≥ 20%	
14	2	Miglioramento della qualità percepita	B	N° questionari predisposti dalla Direz. del Dipartimento per la rilevazione della qualità percepita somministrati all'utenza	≥ 50	Elaboraz.data e relaz.conclusiva con individuaz. event. prop.corrett. a cura dell'UO da inviare entro 31/12 alla Dir.Dip.
15	3	Riduzione costi	A	Costi utilizzo mezzo proprio 2022 / costi utilizzo mezzo proprio 2021	<= 0,90	Certificato dalla Direzione del Dipartimento
16	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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture	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 2022-2024 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	Controlli sugli allevamenti	A	allevamenti ovini controllati per Scrapie classica / tot.allevamenti ovini	100%	
8	3	Controlli sugli allevamenti	A	allevamenti controllati per TBC e LEB bovina / tot.allev. Bovini	100%	
9	3	Controlli sugli allevamenti	A	allevamenti controllati per BR ovi-caprina / tot.allevamenti ovi-caprini	100%	
10	3	Controlli sugli allevamenti	A	allevamenti controllati semestralmente per BR bovina / tot.allev.bovini	100%	
11	3	Piano regionale finalizzato all'eradicazione della Malattia di Aujeszky	A	allevamenti controllati per Aujeszky / tot.allevamenti suini	100%	
12	3	Controlli sugli allevamenti	A	allevamenti equini controllati / tot. allevamenti equini presenti in anagrafe	≥ 5%	
13	3	Controlli sugli allevamenti	A	modello 4 elettronico / modello 4 movimentazione equidi richiesti	≥ 20%	
14	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.
15	3	Riduzione costi	A	Costi utilizzo mezzo proprio 2022 / costi utilizzo mezzo proprio 2021	<= 0,90	Certificato dalla Direzione del Dipartimento
16	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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

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 2022-2024 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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

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 2022-2024 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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

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 2022-2024 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
8	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
9	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	
10	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
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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

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 2022-2024 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 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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

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 2022-2024 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	0.5	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	Potenziamento attività di controllo della sicurezza alimentare	A	N. Az. agricole in regime di condizionalità ispezionate/ N. Az. agricole in regime di condizionalità da ispezionare (su indicazioni di AGEA)	0.5	D.M. n 3536 del 08/02/2016 - Reg CE 1306/2013
9	3	Attuazione Piano dell'Alimentazione Animale	A	N. campionamenti effettuati / tot. campionamenti previsti	0.75	PNAA
10	3	Potenziamento attività di controllo della sicurezza alimentare	A	Allevamenti galline ovaiole con annesso centro di imballaggio uova - controlli semestrali/totalità centri di imballaggio	0.5	PRIC - PLC
11	3	Attuazione Piano Nazionale Residui	A	n. campionamenti effettuati / tot. campionamenti previsti	0.75	PNR
12	2	Miglioramento della qualità percepita	B	N° questionari predisposti dalla Direz. del Dipartimento per la rilevazione della qualità percepita somministrati all'utenza	≥ 20	Elaboraz. dati e relazione conclusiva con individuazione di eventuali proposte correttive a cura dell'UO da inviare entro il 31/12 alla Direz. del Dipartimento
13	3	Riduzione costi	A	Costi utilizzo mezzo proprio 2022 / costi utilizzo mezzo proprio 2021	<= 0,90	Certificato dalla Direzione del Dipartimento
14	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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

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 2022-2024 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/capri di età ≥ 18 mesi morti in allevamento	A	prelievi obex/sul totale prelevabile	0.75	Regolamento CE 999/2001
6	3	Potenziamento del controllo ufficiale sui mangimifici e determinazione del profilo di rischio dello stabilimento	A	mangimifici controllati/totale mangimifici in anagrafica aggiornata	0.25	
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	Potenziamento attività di controllo della sicurezza alimentare	A	N. Az. agricole in regime di condizionalità ispezionate/ N. Az. agricole in regime di condizionalità da ispezionare (su indicazioni di AGEA)	0.75	D.M. n 3536 del 08/02/2016 - Reg CE 1306/2013
9	3	Attuazione Piano dell'Alimentazione Animale	A	n. campionamenti effettuati / tot. campionamenti previsti	0.75	
10	3	Potenziamento attività di controllo della sicurezza alimentare	A	allevamenti galline ovaiole con annesso centro di imballaggio uova - controlli semestrali/totalità centri di imballaggio	0.75	
11	3	Attuazione Piano Nazionale Residui	A	n. campionamenti effettuati / tot. campionamenti previsti	0.75	PNR
12	3	Potenziamento C.U. sui depositi di farmaci veterinari	A	Depositi controllati/totale depositi	0.25	
13	3	Certificazione animali morti	A	Controlli su invio a smaltimento degli animali morti	Controlli sul 100% degli animali morti	
14	3	Controllo scorte farmaci in allevamento	A	Allevamenti controllati per la corretta gestione delle scorte di medicinali / N. totale allevamenti	20%	
15	3	Riduzione costi	A	Costi utilizzo mezzo proprio 2022 / costi utilizzo mezzo proprio 2021	<= 0,90	Certificato dalla Direzione del Dipartimento
16	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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture	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 2022-2024 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	Controllo e contenimento randagismo	A	Iscrizione in BDR sistemaSIRAAF di tutte le Colonie feline conosciute	100%	
9	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.
10	3	Riduzione costi	A	Costi utilizzo mezzo proprio 2022 / costi utilizzo mezzo proprio 2021	<= 0,90	Certificato dalla Direzione 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 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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Formazione	M	Organizzazione di Convegno Aziendale sullo Screening del Carcinoma della Mammella	Organizzazione evento	Nella Relazione finale descrivere data e sede
2	3 2	Miglioramento della qualità assistenziale	A	Screening Carcinoma della mammella: Percentuale di adesione della popolazione bersaglio	60% della popolazione bersaglio	Subordinato all' assunzione delle figure dei Tecnici Sanitari di Radiologia Medica dedicati allo screening mammografico e all'andamento della pandemia da Covid 19
3	3	Clinical governance	M	Definizione di un protocollo operativo con le sedi periferiche (spoke) impegnate nel programma di screening mammografico I° livello per omogeneizzare i percorsi delle pazienti dubbie e/o sospette verso il centro di II livello aziendale	Invio all'U.O. Gestione del Rischio Clinico	Allegare alla Relazione finale documentazione relativa all'invio (copia della mail o N. di protocollo)

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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Formazione	M	Organizzazione di Convegno Aziendale sullo Screening del Carcinoma del Colon-Retto	Organizzazione evento	Nella Relazione finale descrivere data e sede
2	3	Clinical governance	A	Screening Carcinoma del Carcinoma del Colon-Retto: potenziamento dell'attività di II livello	Esami endoscopici 2021 = 2020 + 20%	
3	3	Clinical governance	A	Incremento dei punti di offerta diagnostico-operativa per lo screening	Arruolamento di un ulteriore Centro	Previa valutazione dei requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi.
4	3	Formazione	B	Organizzazione di evento formativo aziendale rivolto ai MMG e Farmacisti	Un evento	Nella Relazione finale descrivere data, sede, n. partecipanti

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Formazione	B	Organizzazione di eventi formativi per il personale medico e infermieristico/ostetrico sul passaggio ad HPV Test primario	Almeno 2 eventi	Nella Relazione finale descrivere data, sede, n. partecipanti
2	3 2	Miglioramento della qualità assistenziale	A	Screening Carcinoma della cervice uterina: Percentuale di adesione della popolazione bersaglio	42% della popolazione bersaglio	Obiettivo condiviso tra UOSVD Screening Cervice Uterina e Distretti. Subordinato alla integrazione della dotazione organica e agli adeguamenti strutturali dei Consultori
3	3	Clinical governance	A	Screening Carcinoma della cervice uterina: potenziamento dell'attività di II livello	Almeno 4000 Colposcopie	
4	3	Formazione	M	Organizzazione di Convegno Aziendale sullo Screening della Cervice Uterina	Organizzazione evento	Nella Relazione finale descrivere data e sede

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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Salute e sicurezza nei luoghi di lavoro: rischio chimico/cancerogeni	A	Controllo dei parametri utilizzati nella valutazione del rischio chimico nell'ambito delle aziende verificate per rischio da chemicals	45	Report riepilogativo da inviare al Coordinatore Provinciale SPESAL - Fonte: Registri di attività
2	2	Piano Regionale della Prevenzione 2020 – 2025- Tutela della salute dai rischi per la popolazione derivanti dall'utilizzo di sostanze chimiche, miscele e articoli (REACH-CLP)	M	Controlli annui comprensivi di documentali e analitici	24	Report riepilogativo da inviare al Direttore del Dipartimento. Fonte: Registri di attività

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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Qualità flussi informativi Ministero della Salute	M	Modello FLS 18 Assistenza Sanitaria Collettiva: Flussi informativi trasmessi entro i termini previsti/totale flussi informativi di competenza	100%	
2	3	Qualità flussi informativi Regione Puglia	B	Scheda nazionale A Rilevazione attività: Flussi informativi trasmessi entro i termini previsti/totale flussi informativi di competenza	100%	
3	3	Qualità flussi informativi Regione Puglia	A	Scheda nazionale B Rilevazione attività: Flussi informativi trasmessi entro i termini previsti/totale flussi informativi di competenza	100%	
4	3	Qualità flussi informativi Dipartimento di Prevenzione	A	Flussi informativi trasmessi entro i termini previsti/totale flussi informativi di competenza	Trasmissione 4 rendicontazioni periodiche trimestrali	Obiettivo certificato dalla Direzione 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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

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	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 13 per la prevenzione delle cadute	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

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	Miglioramento della qualità assistenziale	A	Indice di Ricostruzione immediata post-Mastectomia (età ≤= 55 aa)	≥ 10% delle pazienti	Obiettivo condiviso con UU.OO. della BU (Chir. Plastica, Chir. Senologica)
5 3	Miglioramento della qualità assistenziale	A	Inizio terapia medica oncologica dalla data della diagnosi conclusiva discussa in MMD	Entro 30 giorni dalla diagnosi conclusiva discussa in MMD	Obiettivo condiviso con UU.OO. della BU (Chir. Plastica, Chir. Senologica, Oncologia)
6 3	Clinical governance	M	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 13 per la prevenzione delle cadute	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.

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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

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	Miglioramento della qualità assistenziale	A	Indice di Ricostruzione immediata post-Mastectomia (età ≤= 55 aa)	≥ 10% delle pazienti	obiettivo condiviso con UU.OO. Della BU (Chir. Plastica, Chir. Senologica)
5 3	Miglioramento della qualità assistenziale	A	Inizio terapia medica oncologica dalla data della diagnosi conclusiva discussa in MMD	Entro 30 giorni dalla diagnosi conclusiva discussa in MMD	Obiettivo condiviso con UU.OO. Della BU (Chir. Plastica, Chir. Senologica, Oncologia)
6 3	Clinical governance	M	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 13 per la prevenzione delle cadute	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 1 2	Sanità digitale	M	% di prestazioni ambulatoriali con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 10% delle prestazioni ambulatoriali	
2 # 1 2	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	> 500	
3 # 1 3	Efficienza organizzativa	A	Fatturato prestazioni ambulatoriali esterne	Fatturato prestazioni ambulatoriali esterne 2022 > 2021	

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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

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	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	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 13 per la prevenzione delle cadute	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

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	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 13 per la prevenzione delle cadute	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

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	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 13 per la prevenzione delle cadute	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

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	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 13 per la prevenzione delle cadute	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

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	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 13 per la prevenzione delle cadute	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

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 2	Clinical governance	M	Implementazione e/o potenziamento attività di Day Service nefrologici autorizzati dalla Regione Puglia (es. PAC 26, 27, 28, 29, 73; PCB 26)	Almeno 10 N. Day Service	
7 3	Clinical governance	M	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 13 per la prevenzione delle cadute	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Indice Chirurgico	> 85%	Al netto dei Ricoveri da P.S.
2 # 3	Clinical governance	M	Degenza Media Pre Operatoria	≤ 1.5 gg.	Su ricoveri programmati
3 # 3 4	Clinical governance	M	Rapporto tra ricoveri con DRG a rischio di inappropriatezza e ricoveri con DRG non a rischio inappropriatezza in regime ordinario	≤ 0,21	0,21 = intervallo di adeguatezza Comitato LEA
4 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
5 # 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	Attività chirurgica per ipertrofia prostatica benigna ed incontinenza urinaria: N. ricoveri ordinari	DRG 336 (prostatectomia transuretrale per ipertrofia prostatica benigna): almeno 40 ricoveri; DRG 356 (TVT per incontinenza urinaria da sforzo) almeno 5 ricoveri	
7 3	Clinical governance	M	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 13 per la prevenzione delle cadute	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

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 2	Clinical governance	M	Implementazione e/o potenziamento attività di Day Service nefrologici autorizzati dalla Regione Puglia (es. PAC 26, 27, 28, 29, 73; PCB 26)	Almeno 10 Day Service	
7 3	Clinical governance	M	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 13 per la prevenzione delle cadute	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Indice Chirurgico	> 85%	Al netto dei Ricoveri da P.S.
2 # 3	Clinical governance	M	Degenza Media Pre Operatoria	≤ 1.5 gg.	Su ricoveri programmati
3 # 3	Clinical governance	M	Rapporto tra ricoveri con DRG a rischio di inappropriatezza e ricoveri con DRG non a rischio inappropriatezza in regime ordinario	≤ 0,21	0,21 = intervallo di adeguatezza Comitato LEA
4 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
5 # 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	Attività chirurgica per ipertrofia prostatica benigna ed incontinenza urinaria: N. ricoveri ordinari	DRG 336 (prostatectomia transuretrale per ipertrofia prostatica benigna): almeno 40 ricoveri; DRG 356 (TVT per incontinenza urinaria da sforzo) almeno 20 ricoveri	
7 3	Clinical governance	M	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 13 per la prevenzione delle cadute	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

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 2	Clinical governance	M	Implementazione e/o potenziamento attività di Day Service nefrologici autorizzati dalla Regione Puglia (es. PAC 26, 27, 28, 29, 73; PCB 26)	Almeno 10 Day Service	
7 3	Clinical governance	M	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 13 per la prevenzione delle cadute	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

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 inappropriatelyzza e ricoveri con DRG non a rischio inappropriatelyzza 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	A	Attività chirurgica per ipertrofia prostatica benigna ed incontinenza urinaria: N. ricoveri ordinari	DRG 336 (prostatectomia transuretrale per ipertrofia prostatica benigna): almeno 40 ricoveri; DRG 356 (TVT per incontinenza urinaria da sforzo) almeno 5 ricoveri	
7 3	Clinical governance	M	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 13 per la prevenzione delle cadute	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

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 inappropriatelyzza e ricoveri con DRG non a rischio inappropriatelyzza 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	A	Attività chirurgica per ipertrofia prostatica benigna ed incontinenza urinaria: N. ricoveri ordinari	DRG 336 (prostatectomia transuretrale per ipertrofia prostatica benigna): almeno 40 ricoveri; DRG 356 (TVT per incontinenza urinaria da sforzo) almeno 5 ricoveri	
7 3	Clinical governance	M	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 13 per la prevenzione delle cadute	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

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 # 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 2	Integrazione Ospedale-Territorio	M	Immissione di nuovi pazienti in dialisi peritoneale	Almeno un nuovo paziente	
6 # 1	Razionalizzazione della spesa farmaceutica	A	% Piani terapeutici con prescrizione di farmaco biosimilare nel rispetto delle Delibere e Circolari Regionali	> 90% delle nuove prescrizioni	es.: DD.G.R.n.699/2017, n.983/2018, n.1188/2019
7 3 2	Clinical governance	M	Implementazione e/o potenziamento attività di Day Service nefrologici autorizzati dalla Regione Puglia (es. PAC 26, 27, 28, 29, 73; PCB 26)	Almeno 10 Day Service	
8 3	Clinical governance	M	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 13 per la prevenzione delle cadute	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.

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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Indice Chirurgico	> 85%	Al netto dei Ricoveri da P.S.
2 # 3	Clinical governance	M	Degenza Media Pre Operatoria	≤ 1.5 gg.	Su ricoveri programmati
3 # 3	Clinical governance	M	Rapporto tra ricoveri con DRG a rischio di inappropriatezza e ricoveri con DRG non a rischio inappropriatezza in regime ordinario	≤ 0,21	0,21 = intervallo di adeguatezza Comitato LEA
4 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
5 # 3	Clinical governance	A	% Pazienti con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario in pazienti > 65 anni	> 85%	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Ortopedia e le UU.OO. di Anestesia e Rianimazione
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	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 13 per la prevenzione delle cadute	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Indice Chirurgico	> 85%	Al netto dei Ricoveri da P.S.
2 # 3	Clinical governance	M	Degenza Media Pre Operatoria	≤ 1.5 gg.	Su ricoveri programmati
3 # 3	Clinical governance	M	Rapporto tra ricoveri con DRG a rischio di inappropriatezza e ricoveri con DRG non a rischio inappropriatezza in regime ordinario	≤ 0,21	0,21 = intervallo di adeguatezza Comitato LEA
4 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
5 # 3	Clinical governance	A	% Pazienti con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario in pazienti > 65 anni	> 85%	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Ortopedia e le UU.OO. di Anestesia e Rianimazione
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	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 13 per la prevenzione delle cadute	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Indice Chirurgico	> 85%	Al netto dei Ricoveri da P.S.
2 # 3	Clinical governance	M	Degenza Media Pre Operatoria	≤ 1.5 gg.	Su ricoveri programmati
3 # 3	Clinical governance	M	Rapporto tra ricoveri con DRG a rischio di inappropriatezza e ricoveri con DRG non a rischio inappropriatezza in regime ordinario	≤ 0,21	0,21 = intervallo di adeguatezza Comitato LEA
4 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
5 # 3	Clinical governance	A	% Pazienti con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario in pazienti > 65 anni	> 85%	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Ortopedia e le UU.OO. di Anestesia e Rianimazione
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	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 13 per la prevenzione delle cadute	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Indice Chirurgico	> 85%	Al netto dei Ricoveri da P.S.
2 # 3	Clinical governance	M	Degenza Media Pre Operatoria	≤ 1.5 gg.	Su ricoveri programmati
3 # 3	Clinical governance	M	Rapporto tra ricoveri con DRG a rischio di inappropriatezza e ricoveri con DRG non a rischio inappropriatezza in regime ordinario	≤ 0,21	0,21 = intervallo di adeguatezza Comitato LEA
4 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
5 # 3	Clinical governance	A	% Pazienti con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario in pazienti > 65 anni	> 85%	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Ortopedia e le UU.OO. di Anestesia e Rianimazione
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	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 13 per la prevenzione delle cadute	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Indice Chirurgico	> 85%	Al netto dei Ricoveri da P.S.
2 # 3	Clinical governance	M	Degenza Media Pre Operatoria	≤ 1.5 gg.	Su ricoveri programmati
3 # 3	Clinical governance	M	Rapporto tra ricoveri con DRG a rischio di inappropriatezza e ricoveri con DRG non a rischio inappropriatezza in regime ordinario	≤ 0,21	0,21 = intervallo di adeguatezza Comitato LEA
4 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
5 # 3	Clinical governance	A	% Pazienti con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario in pazienti > 65 anni	> 85%	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Ortopedia e le UU.OO. di Anestesia e Rianimazione
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	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 13 per la prevenzione delle cadute	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Peso medio DRG	≥ 1.15	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 inappropriatezza e ricoveri con DRG non a rischio inappropriatezza 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	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 13 per la prevenzione delle cadute	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Peso medio DRG	≥ 1.15	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	M	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 13 per la prevenzione delle cadute	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
2 # 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	
3 # 1	Razionalizzazione della spesa farmaceutica	A	% Piani terapeutici con prescrizione di farmaco biosimilare nel rispetto delle Delibere e Circolari Regionali	> 90% delle nuove prescrizioni	es.: DD.G.R.n.699/2017, n.983/2018, n.1188/2019
4 3	Clinical governance	M	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 13 per la prevenzione delle cadute	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
5 3	Clinical governance	A	Elaborazione di protocollo per la gestione in follow-up ambulatoriale dei pazienti dimessi dall'U.O.	Invio del protocollo al Direttore di Dipartimento	Allegare alla Relazione finale documentazione relativa all'invio (copia della mail o N. di protocollo)

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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Peso medio DRG	≥ 1.15	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	M	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 13 per la prevenzione delle cadute	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Peso medio DRG	≥ 1.15	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	M	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 13 per la prevenzione delle cadute	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Peso medio DRG	≥ 1.15	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 inappropriatezza e ricoveri con DRG non a rischio inappropriatezza 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	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 13 per la prevenzione delle cadute	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Peso medio DRG	≥ 1.15	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 inappropriatezza e ricoveri con DRG non a rischio inappropriatezza 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	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 13 per la prevenzione delle cadute	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Peso medio DRG	≥ 1.15	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	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 13 per la prevenzione delle cadute	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Peso medio DRG	≥ 1.15	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	M	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 13 per la prevenzione delle cadute	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
2 # 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	
3 # 1	Razionalizzazione della spesa farmaceutica	A	% Piani terapeutici con prescrizione di farmaco biosimilare nel rispetto delle Delibere e Circolari Regionali	> 90% delle nuove prescrizioni	es.: DD.G.R.n.699/2017, n.983/2018, n.1188/2019
4 3	Clinical governance	M	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 13 per la prevenzione delle cadute	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
5 3	Clinical governance	A	Elaborazione di protocollo per la gestione in follow-up ambulatoriale dei pazienti dimessi dall'U.O.	Invio del protocollo al Direttore di Dipartimento	Allegare alla Relazione finale documentazione relativa all'invio (copia della mail o N. di protocollo)

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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Appropriatezza prescrittiva	B	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	A	Importo attività ambulatoriale	Importo 2022 ≥ 2019	
4	3	Miglioramento della qualità assistenziale	A	Inizio terapia medica oncologica dalla data della diagnosi conclusiva discussa in MMD	Entro 30 giorni dalla diagnosi conclusiva discussa in MMD	Obiettivo condiviso con UU.OO. della BU (Chir. Plastica, Chir. Senologica, Oncologia)
5	3	Miglioramento della qualità assistenziale	A	Elaborazione di protocollo per la gestione del servizio di counselling fertilità per le pazienti oncologiche giovani	Invio con mail del Protocollo elaborato secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Obiettivo in comune tra Oncologia del P.O. San Paolo e PMA Conversano. Allegare mail di invio alla Relazione finale
6	3	Clinical governance	M	Procedura Aziendale di implementazione della Raccomandazione Ministeriale n. 14 - Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici	Proposta di Deliberazione	Obiettivo condiviso tra UU.OO. di Oncologia e Farmacia Ospedaliera del P.O. "San Paolo" e della Murgia. Coordinato dalla Farmacia Ospedaliera del P.O. "San Paolo" Certificato da UO GRC. SUBordinato all'acquisto del Software gestionale di tracciamento

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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 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	
2 3	Clinical governance	A	Elaborazione di PDTA per l'endoscopia digestiva nel trattamento delle Emorragie Digestive, mediante l'adozione di un modello organizzativo Hub- Spoke per la gestione delle emergenze/urgenze	Invio con mail del protocollo secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Allegare la mail di invio alla Relazione finale
3 3	Clinical governance	A	Potenziamento attività endoscopica presso il P.O. della Murgia: N.prestazioni endoscopiche esterne ed interne	Incremento del 20% delle prestazioni ndoscopiche di routine rispetto al 2020	
4 3	Clinical governance	A	Avvio attività ERCP presso il P.O. della Murgia: N.prestazioni di ERCP	Almeno 20 prestazioni presso il P.O. della Murgia	
5 3	Clinical governance	A	Potenziamento attività ERCP presso il P.O. San Paolo: N.prestazioni di ERCP	Incremento del 25% delle prestazioni di ERCP rispetto al 2020 presso il P.O. S. Paolo	
6 3	Clinical governance	M	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 13 per la prevenzione delle cadute	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 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
2 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
3 3	Clinical governance	A	Elaborazione di Linee Guida Aziendali sull'Insufficienza Respiratoria	Invio con mail all'U.O. GRC	Allegare alla Relazione finale la mail di invio del documento alla UO Gestione Rischio Clinico.
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 3	Clinical governance	M	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 13 per la prevenzione delle cadute	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
6 3 4	Clinical governance	A	Attivazione del sistema di telemedicina Resmed Airview per la gestione di pazienti con OSA in trattamento con CPAP	Almeno 60 pazienti	

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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 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
2 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
3 3	Clinical governance	A	Elaborazione di Linee Guida Aziendali sull'Insufficienza Respiratoria	Invio con mail all'U.O. GRC	Allegare alla Relazione finale la mail di invio del documento alla UO Gestione Rischio Clinico.
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 3	Clinical governance	M	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 13 per la prevenzione delle cadute	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
6 1 2	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	> 500	

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
2 # 3 4	Clinical governance	B	Rapporto tra ricoveri con DRG a rischio di inappropriatazza e ricoveri con DRG non a rischio inappropriatazza in regime ordinario	≤ 0,21	0,21 = intervallo di adeguatezza Comitato LEA
3 3	Clinical governance	A	N. prestazioni di Day Service	N. prestazioni di Day Service ≥ 30% rispetto al 2020	
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 3	Clinical governance	M	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 13 per la prevenzione delle cadute	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
6 1 2	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	> 2000	

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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 3 4	Appropriatezza prescrittiva	B	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	A	Importo attività ambulatoriale	Importo 2022 ≥ 2019	
4 # 1 2	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	> 1000	
5 3	Clinical governance	M	Procedura Aziendale di implementazione della Raccomandazione Ministeriale n. 14 - Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici	Proposta di Deliberazione	Obiettivo condiviso tra UU.OO. di Oncologia e Farmacia Ospedaliera del P.O. "San Paolo" e della Murgia. Coordinato dalla Farmacia Ospedaliera del P.O. "San Paolo" Certificato da UO GRC. SUBordinato all'acquisto del Software gestionale di tracciamento

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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 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
2 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
3 3	Clinical governance	A	Elaborazione di Linee Guida Aziendali sull'Insufficienza Respiratoria	Invio con mail all'U.O. GRC	Allegare alla Relazione finale la mail di invio del documento alla UO Gestione Rischio Clinico.
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 3	Clinical governance	M	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 13 per la prevenzione delle cadute	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
6 1 2	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	> 250	

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

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	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 13 per la prevenzione delle cadute	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
6 3	Integrazione Ospedale-Territorio	A	Numero di visite effettuate a pazienti dimessi dai Centri Hub per Sindrome Coronarica Acuta o Scompenso Cardiaco	Almeno 200 visite all'anno	Dati rilevati su software "PONTE SCA" e PONTE-SC". Certificato dal Direttore del Dipartimento
7 # 3	Clinical governance	M	% IMA non provenienti da altre Strutture trattati con PTCA entro 2 gg	≥ 60%	Indicatore PNE

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

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	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 13 per la prevenzione delle cadute	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
6 3	Integrazione Ospedale-Territorio	A	Numero di visite effettuate a pazienti dimessi dai Centri Hub per Sindrome Coronarica Acuta o Scompenso Cardiaco	Almeno 300 visite all'anno	Dati rilevati su software "PONTE SCA" e PONTE-SC". 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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

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	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 13 per la prevenzione delle cadute	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
6 3	Integrazione Ospedale-Territorio	A	Numero di visite effettuate a pazienti dimessi dai Centri Hub per Sindrome Coronarica Acuta o Scompenso Cardiaco	Almeno 200 visite all'anno	Dati rilevati su software "PONTE SCA" e PONTE-SC". Certificato dal Direttore del Dipartimento
7 # 3	Clinical governance	M	% IMA non provenienti da altre Strutture trattati con PTCA entro 2 gg	≥ 60%	Indicatore PNE

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Indice Chirurgico	> 85%	Al netto dei Ricoveri da P.S.
2 # 3	Clinical governance	M	Degenza Media Pre Operatoria	≤ 1.5 gg.	Su ricoveri programmati
3 # 3	Clinical governance	M	Rapporto tra ricoveri con DRG a rischio di inappropriatezza e ricoveri con DRG non a rischio inappropriatezza in regime ordinario	≤ 0,21	0,21 = intervallo di adeguatezza Comitato LEA
4 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
5 # 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	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 13 per la prevenzione delle cadute	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

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	> 1000	
5 3	Integrazione Ospedale-Territorio	A	Numero di visite effettuate a pazienti dimessi dai Centri Hub per Sindrome Coronarica Acuta o Scopenso Cardiaco	Almeno 200 visite all'anno	Dati rilevati su software "PONTE SCA" e PONTE-SC". Certificato dal Direttore del Dipartimento
6 3	Clinical governance	M	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 13 per la prevenzione delle cadute	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
7 # 3	Clinical governance	M	% IMA non provenienti da altre Strutture trattati con PTCA entro 2 gg	≥ 60%	Indicatore PNE

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

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	Integrazione Ospedale-Territorio	A	Numero di visite effettuate a pazienti dimessi dai Centri Hub per Sindrome Coronarica Acuta o Scopenso Cardiaco	Almeno 200 visite all'anno	Dati rilevati su software "PONTE SCA" e PONTE-SC". Certificato dal Direttore del Dipartimento
6 3	Clinical governance	M	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 13 per la prevenzione delle cadute	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

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	Integrazione Ospedale-Territorio	A	Numero di visite effettuate a pazienti dimessi dai Centri Hub per Sindrome Coronarica Acuta o Scopenso Cardiaco	Almeno 200 visite all'anno	Dati rilevati su software "PONTE SCA" e PONTE-SC". Certificato dal Direttore del Dipartimento
6 3	Clinical governance	M	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 13 per la prevenzione delle cadute	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 1 2	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	> 2500	
2 # 2	Efficienza operativa	M	Implementazione Ambulatorio Cefalee: Numero visite	> 300 prestazioni	
3 # 2	Efficienza operativa	M	Attivazione Ambulatorio Cefalee - Terapie avanzate: Numero visite	> 100 visite	
4 # 2	Efficienza operativa	A	Potenziamento Ambulatorio Potenziali Evocati: Numero prestazioni	> 100 prestazioni	
5 # 2	Efficienza operativa	M	Implementazione attività ambulatoriale M. di Parkinson e Disturbi del movimento: Numero visite	> 250 visite	Codice 12200 e 10248

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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

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 Struttura Ospedaliera o Territoriale 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	3	Integrazione Ospedale-Territorio	A	Protocollo per la gestione, nella Struttura ospedaliera di riferimento, delle complicanze generali insorgenti in pazienti in Day Service oculistico erogato presso Strutture Territoriali	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale della procedura per P.O.	Condiviso tra le UU.OO. di Oftalmologia e UU.OO. di Accettazione e Urgenza. Coordinato dal Dirigente della UOVSD di Terlizzi
4 #	1 2	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	> 1000	
5	3	Clinical governance	M	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 13 per la prevenzione delle cadute	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

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	Clinical governance	M	Rapporto tra ricoveri con DRG a rischio di inappropriatezza e ricoveri con DRG non a rischio inappropriatezza in regime ordinario	≤ 0,21	0,21 = intervallo di adeguatezza Comitato LEA
4 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
5 # 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	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 13 per la prevenzione delle cadute	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

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	> 1000	
5 3	Formazione	B	Organizzazione di evento formativo per il trattamento delle disfagie	Realizzazione dell'evento	Obiettivo in comune tra UU.OO. di Neurologia. Produzione di documentazione relativa all'evento con titolo, date e sedi da allegare alla Relazione finale
6 3	Clinical governance	M	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 13 per la prevenzione delle cadute	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
7 3	Formazione	B	Organizzazione di evento formativo audit interdisciplinare (Neuro, NCH, P.S.) sulla "Stroke unit", per il trattamento dei disturbi cerebrovascolari acuti rivolto al personale medico e di comparto	Realizzazione dell'evento	Obiettivo in comune tra UU.OO. di Radiodiagnostica e U.O. Neurologia P.O. "Di Venere". Produzione di documentazione relativa all'evento con titolo, date e sedi da allegare alla Relazione finale

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

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 Struttura Ospedaliera o Territoriale 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 2	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	> 1000	
4	3	Integrazione Ospedale-Territorio	A	Protocollo per la gestione, nella Struttura ospedaliera di riferimento, delle complicanze generali insorgenti in pazienti in Day Service oculistico erogato presso Strutture Territoriali	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale della procedura per P.O.	Condiviso tra le UU.OO. di Oftalmologia e UU.OO. di Accettazione e Urgenza. Coordinato dal Dirigente della UOVSD di Terlizzi
5	3	Clinical governance	M	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 13 per la prevenzione delle cadute	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

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 inappropriatezza e ricoveri con DRG non a rischio inappropriatezza 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	> 1000	
6 3	Formazione	B	Organizzazione di corso di formazione per esecuzione di Tracheotomie chirurgiche e percutanee rivolto a personale medico e infermieristico delle UU.OO. Di ORL e Rianimazione	Organizzazione evento	Nella Relazione finale indicare date e numero partecipanti
7 3	Clinical governance	A	N. di Tracheotomie chirurgiche	Almeno 10 procedure a livello aziendale	Nella Relazione finale riportare il numero di prestazione eseguite (Fonte: GISO)
8 3	Clinical governance	M	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 13 per la prevenzione delle cadute	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

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 Struttura Ospedaliera o Territoriale 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 2	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	> 1000	
4	3	Integrazione Ospedale-Territorio	A	Protocollo per la gestione, nella Struttura ospedaliera di riferimento, delle complicanze generali insorgenti in pazienti in Day Service oculistico erogato presso Strutture Territoriali	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale della procedura per P.O.	Condiviso tra le UU.OO. di Oftalmologia e UU.OO. di Accettazione e Urgenza. Coordinato dal Dirigente della UOVSD di Terlizzi
5	3	Clinical governance	M	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 13 per la prevenzione delle cadute	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

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 3	Formazione	B	Organizzazione di evento formativo per il trattamento delle disfagie	Realizzazione dell'evento	Obiettivo in comune tra UU.OO. di . Neurologia. Produzione di documentazione relativa all'evento con titolo, date e sedi da allegare alla Relazione finale
6 3	Clinical governance	M	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 13 per la prevenzione delle cadute	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Indice Chirurgico	> 85%	Al netto dei Ricoveri da P.S.
2 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
3 # 3 4	Clinical governance	M	Rapporto tra ricoveri con DRG a rischio di inappropriatezza e ricoveri con DRG non a rischio inappropriatezza in regime ordinario	≤ 0,21	0,21 = intervallo di adeguatezza Comitato LEA
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	> 1500	
6 3	Formazione	B	Organizzazione di corso di formazione per esecuzione di Tracheotomie chirurgiche e percutanee rivolto a personale medico e infermieristico delle UU.OO. Di ORL e Rianimazione	Organizzazione evento	Nella Relazione finale indicare date e numero partecipanti
7 3	Clinical governance	A	N. di Tracheotomie chirurgiche	Almeno 10 procedure a livello aziendale	nella Relazione finale riportare il numero di prestazione eseguite (Fonte: GISO)
8 3	Clinical governance	M	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 13 per la prevenzione delle cadute	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

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 3	Formazione	B	Organizzazione di evento formativo per il trattamento delle disfagie	Realizzazione dell'evento	Obiettivo in comune tra UU.OO. di . Neurologia. Produzione di documentazione relativa all'evento con titolo, date e sedi da allegare alla Relazione finale
6 3	Clinical governance	M	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 13 per la prevenzione delle cadute	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

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 inappropriatezza e ricoveri con DRG non a rischio inappropriatezza 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	> 1500	
6 3	Formazione	B	Organizzazione di corso di formazione per esecuzione di Tracheotomie chirurgiche e percutanee rivolto a personale medico e infermieristico delle UU.OO. Di ORL e Rianimazione	Organizzazione evento	Nella Relazione finale indicare date e numero partecipanti
7 3	Clinical governance	A	N. di Tracheotomie chirurgiche	Almeno 10 procedure a livello aziendale	nella Relazione finale riportare il numero di prestazione eseguite (Fonte: GISO)
8 3	Clinical governance	M	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 13 per la prevenzione delle cadute	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

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 Struttura Ospedaliera o Territoriale 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	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	> 1000	
2						
4	3	Integrazione Ospedale-Territorio	A	Protocollo per la gestione, nella Struttura ospedaliera di riferimento, delle complicanze generali insorgenti in pazienti in Day Service oculistico erogato presso Strutture Territoriali	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale della procedura per P.O.	Condiviso tra le UU.OO. di Oftalmologia e UU.OO. di Accettazione e Urgenza. Coordinato dal Dirigente della UOVSD di Terlizzi
5	3	Clinical governance	M	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 13 per la prevenzione delle cadute	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

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 Struttura Ospedaliera o Territoriale 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 2	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	> 500	
4	3	Integrazione Ospedale-Territorio	A	Protocollo per la gestione, nella Struttura ospedaliera di riferimento, delle complicanze generali insorgenti in pazienti in Day Service oculistico erogato presso Strutture Territoriali	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale della procedura per P.O.	Condiviso tra le UU.OO. di Oftalmologia e UU.OO. di Accettazione e Urgenza. Coordinato dal Dirigente della UOVSD di Terlizzi
5	3	Clinical governance	M	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 13 per la prevenzione delle cadute	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

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 # 3	Miglioramento della qualità assistenziale	A	Percentuale di parti vaginali con Partoanalgesia	Almeno 15%	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Ginecologia e Ostetricia e le UU.OO. di Anestesia e Rianimazione
6 # 3 4	Clinical governance	A	% parti vaginali con Episiotomia	< 15%	Parto Vaginale (DRG compresi tra 372 e 375) con Codici Procedura ICD9-CM: 72.1, 72.21, 72.31, 73.6 (esclusi Codici ICD9-CM 72.5x e 72.6)
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	M	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 13 per la prevenzione delle cadute	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
9 3	Clinical governance	M	Aggiornamento del Manuale per gli Operatori Sanitari dei Punti Nascita della ASL Bari	Invio proposte all'U.O. Gestione del Rischio Clinico entro il 30/09/2022	Allegare alla Relazione finale documentazione relativa all'invio (copia della mail o N. di protocollo)

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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

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 # 3 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 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.
6 3	Controllo della Spesa	M	Elaborazione di Prontuario farmaceutico pediatrico della ASL BA	Invio della bozza del Prontuario alla Direzione Sanitaria Aziendale entro il 31/12/2022	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Pediatria/UTIN e le UU.OO. Di Farmacia Ospedaliera
7 3	Clinical governance	M	Protocollo per la Gestione ambulatoriale dei codici Bianchi e Verdi Pediatrici afferenti ai PP.SS. dei Presidi Ospedalieri della ASL BA	Invio del protocollo alla Direzione Sanitaria Aziendale e all'U.O. GRC entro il 31/12/2022	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Pediatria e di Medicina e Chirurgia Accett. e Urgenza

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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

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 inappropriatelyzza e ricoveri con DRG non a rischio inappropriatelyzza in regime ordinario	≤ 0,21	0,21 = intervallo di adeguatezza Comitato LEA
4 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
5 # 3	Miglioramento della qualità assistenziale	A	Percentuale di parti vaginali con Partoanalgesia	Almeno 15%	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Ginecologia e Ostetricia e le UU.OO. di Anestesia e Rianimazione
6 # 3 4	Clinical governance	A	% parti vaginali con Episiotomia	< 15%	Parto Vaginale (DRG compresi tra 372 e 375) con Codici Procedura ICD9-CM: 72.1, 72.21, 72.31, 73.6 (esclusi Codici ICD9-CM 72.5x e 72.6)
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	M	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 13 per la prevenzione delle cadute	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
9 3	Clinical governance	M	Aggiornamento del Manuale per gli Operatori Sanitari dei Punti Nascita della ASL Bari	Invio proposte all'U.O. Gestione del Rischio Clinico entro il 30/09/2022	Allegare alla Relazione finale documentazione relativa all'invio (copia della mail o N. di protocollo)

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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

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 # 3 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 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.
6 3	Controllo della Spesa	M	Elaborazione di Prontuario farmaceutico pediatrico della ASL BA	Invio della bozza del Prontuario alla Direzione Sanitaria Aziendale entro il 31/12/2022	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Pediatria/UTIN e le UU.OO. Di Farmacia Ospedaliera
7 3	Clinical governance	M	Protocollo per la Gestione ambulatoriale dei codici Bianchi e Verdi Pediatrici afferenti ai PP.SS. dei Presidi Ospedalieri della ASL BA	Invio del protocollo alla Direzione Sanitaria Aziendale e all'U.O. GRC entro il 31/12/2022	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Pediatria e di Medicina e Chirurgia Accett. e Urgenza

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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 1 2	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	> 1500	
2 # 3	Efficienza organizzativa	A	Numero prestazioni ambulatoriali esterne	Numero prestazioni ambulatoriali esterne 2022 > 2021	
3 3 1	Clinical governance	M	N. pazienti affetti da Sindrome di Dravet e Sindrome di Lennox Gastaut con prescrizione di cannabidiolo (Epidiolex)	Arruolamento di almeno 5 pazienti	
4 3	Clinical governance	M	Valutazione disfagia in pazienti affetti da encefalopatia epilettica e/o malattia rara: N. pazienti valutati	Numero pazienti valutati: almeno 10	Subordinato alla disponibilità di una Logopedista del DSS9. Coordinato da UOSVD Epilessia ed EEG Età Evolutiva
5 3 2	Clinical governance	B	Assessment psicologico pazienti affetti da cefalea: N. pazienti valutati	Numero pazienti valutati: almeno 25	
6 3 2	Clinical governance	A	Procedura assistenziale complessa per malati rari con Sindrome di Rett	Invio della Procedura elaborata secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Obiettivo condiviso tra Centro Territoriale Malattie Rare e UO Epilessia ed EEG Età Evolutiva e UO Governo Liste di Attesa.  Allega alla Relazione finale la documentazione relativa all'invio all'U.O.G.R.C.

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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

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 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	Miglioramento della qualità assistenziale	A	Percentuale di parti vaginali con Partoanalgesia	Almeno 15%	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Ginecologia e Ostetricia e le UU.OO. di Anestesia e Rianimazione
6 # 3 4	Clinical governance	A	% parti vaginali con Episiotomia	< 15%	Parto Vaginale (DRG compresi tra 372 e 375) con Codici Procedura ICD9-CM: 72.1, 72.21, 72.31, 73.6 (esclusi Codici ICD9-CM 72.5x e 72.6)
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	M	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 13 per la prevenzione delle cadute	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
9 3	Clinical governance	M	Aggiornamento del Manuale per gli Operatori Sanitari dei Punti Nascita della ASL Bari	Invio proposte all'U.O. Gestione del Rischio Clinico entro il 30/09/2022	Allegare alla Relazione finale documentazione relativa all'invio (copia della mail o N. di protocollo)

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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

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 # 3 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 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.
6 3	Controllo della Spesa	M	Elaborazione di Prontuario farmaceutico pediatrico della ASL BA	Invio della bozza del Prontuario alla Direzione Sanitaria Aziendale entro il 31/12/2022	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Pediatria/UTIN e le UU.OO. Di Farmacia Ospedaliera
7 3	Clinical governance	M	Protocollo per la Gestione ambulatoriale dei codici Bianchi e Verdi Pediatrici afferenti ai PP.SS. dei Presidi Ospedalieri della ASL BA	Invio del protocollo alla Direzione Sanitaria Aziendale e all'U.O. GRC entro il 31/12/2022	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Pediatria e di Medicina e Chirurgia Accett. e Urgenza

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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

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 # 3	Miglioramento della qualità assistenziale	A	Percentuale di parti vaginali con Partoanalgesia	Almeno 15%	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Ginecologia e Ostetricia e le UU.OO. di Anestesia e Rianimazione
6 # 3 4	Clinical governance	A	% parti vaginali con Episiotomia	< 15%	Parto Vaginale (DRG compresi tra 372 e 375) con Codici Procedura ICD9-CM: 72.1, 72.21, 72.31, 73.6 (esclusi Codici ICD9-CM 72.5x e 72.6)
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	M	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 13 per la prevenzione delle cadute	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
9 3	Clinical governance	M	Aggiornamento del Manuale per gli Operatori Sanitari dei Punti Nascita della ASL Bari	Invio proposte all'U.O. Gestione del Rischio Clinico entro il 30/09/2022	Allegare alla Relazione finale documentazione relativa all'invio (copia della mail o N. di protocollo)

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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

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 # 3 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 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.
6 3	Controllo della Spesa	M	Elaborazione di Prontuario farmaceutico pediatrico della ASL BA	Invio della bozza del Prontuario alla Direzione Sanitaria Aziendale entro il 31/12/2022	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Pediatria/UTIN e le UU.OO. Di Farmacia Ospedaliera
7 3	Clinical governance	M	Protocollo per la Gestione ambulatoriale dei codici Bianchi e Verdi Pediatrici afferenti ai PP.SS. dei Presidi Ospedalieri della ASL BA	Invio del protocollo alla Direzione Sanitaria Aziendale e all'U.O. GRC entro il 31/12/2022	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Pediatria e di Medicina e Chirurgia Accett. e Urgenza

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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

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	Obiettivo Condiviso con la UOC di Medicina Fetale per la selezione dei pazienti e la esecuzione della procedura
2	3	Efficienza organizzativa	M	Tempi di attesa per visite di genetica medica programmabili	< 60 gg.	Certificato dall'Ufficio CUP-Ticket
3	4 3	Miglioramento della qualità assistenziale	A	Avvio dello Screening Neonatale per la Atrofia Muscolare Spinale	Esecuzione dello Screening Neonatale SMA nei 26 Punti nascita della Regione	Obiettivo a Valenza Regionale (LR n.6 del 19/4/2021)
4	4 3	Miglioramento della qualità assistenziale	A	Trasferimento della metodologia di analisi delle mutazioni del gene della Fibrosi cistica su piattaforma NGS	Esecuzione entro il 2022 di tutti i casi su piattaforma NGS	
5	4 3	Miglioramento della qualità assistenziale	M	Analisi esomica di Casi clinici ambulatoriali o provenienti da UUOO di Pediatria/Neuropsichiatria infantile con sospetto per malattia rara	Esecuzione di almeno 100 casi con evidenza di mutazioni in almeno il 10% dei casi analizzati	
6	4 3	Miglioramento della qualità assistenziale	A	Utilizzo del Sistema di Sequenziamento NGS per test DNA fetale per la analisi genomica ad ampio spettro (previo counseling)	Esecuzione di almeno 500 test di DNA fetale in gestanti selezionate	

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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

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	Obiettivo Condiviso con la UOC di Genetica Medica
2	4	Efficienza assistenziale	M	Numero di sedute di counseling organizzate con l'U.O. di Genetica Medica per gestanti con malformazioni fetali cardiache ed extra-cardiache	2022 > 2021	Obiettivo comune tra Medicina Fetale e Genetica Medica. Coordinato da U.O. di Medicina Fetale.
3	2 4	Clinical governance	A	Screening pre-eclampsia	≥ 2000 donne sottoposte a screening	
4	2 4	Registro regionale delle malformazioni	M	N° casi comunicati	Comunicazione del 100% dei casi	Subordinato alla prosecuzione del Progetto Regionale
5	2 4	Efficienza assistenziale	A	N° procedure invasive per la presenza di malformazioni fetali	N. procedure 2022>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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

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 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	Miglioramento della qualità assistenziale	A	Percentuale di parti vaginali con Partoanalgesia	Almeno 35%	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Ginecologia e Ostetricia e le UU.OO. di Anestesia e Rianimazione
6 # 3	Clinical governance	A	% parti vaginali con Episiotomia	< 15%	Parto Vaginale (DRG compresi tra 372 e 375) con Codici Procedura ICD9-CM: 72.1, 72.21, 72.31, 73.6 (esclusi Codici ICD9-CM 72.5x e 72.6)
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	M	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 13 per la prevenzione delle cadute	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
9 3	Clinical governance	M	Aggiornamento del Manuale per gli Operatori Sanitari dei Punti Nascita della ASL Bari	Invio proposte all'U.O. Gestione del Rischio Clinico entro il 30/09/2022	Allegare alla Relazione finale documentazione relativa all'invio (copia della mail o N. di protocollo)

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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Clinical governance	B	Elaborazione di un protocollo interno di gestione medico-infermieristica dell'evento parto.	Invio del protocollo alla Direzione Medica di Presidio	Allegare alla Relazione finale la mail o il N. di protocollo di invio alla Direzione Medica di Presidio
2	2 4	Registro regionale delle malformazioni	M	N° casi comunicati	Comunicazione del 100% dei casi	Subordinato alla prosecuzione del Progetto Regionale
3	2	Potenziamento screening	M	N° di neonati sottoposti a screening audiologico neonatale/N° tot. di bambini nati vivi	≥ 80%	
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	Controllo della Spesa	M	Elaborazione di Prontuario farmaceutico pediatrico della ASL BA	Invio della bozza del Prontuario alla Direzione Sanitaria Aziendale entro il 31/12/2022	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Pediatria/UTIN e le UU.OO. Di Farmacia Ospedaliera
6	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

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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 3	Obblighi informativi	M	Redazione Report attività I e II livello per gli anni 2019-2020-2021-2022	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	> 4000	
4 3	Clinical governance	A	Procedura per il percorso delle pazienti 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 oncologiche giovani	Invio con mail del Protocollo elaborato secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Clinical governance	A	Numero sedute IVG farmacologiche	Predisposizione di almeno 2 sedute settimanali di IVG farmacologiche	Allegare numero di sedute farmacologiche alla Relazione Finale
2	3	Clinical governance	M	Numero pazienti reclutate dai consultori	Reclutamento di almeno 5 pazienti al mese mediante invio diretto dai consultori familiari	Allegare numero di pazienti giunte tramite consultorio alla Relazione Finale
3	3	Clinical governance	M	Numero pazienti inviate ai consultori post IVG	Invio di almeno 5 pazienti al mese ai consultori familiari per la contraccezione orale gratuita post IVG	Allegare il numero di pazienti inviate a contraccezione al consultorio post IVG
4	3	Clinical governance	M	Numero inserimento IUD post IVG	Inserimento di IUD post IVG in >5 pazienti al mese	Allegare numero di IUD inseriti post IVG 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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Clinical governance	A	Numero sedute farmacologiche per IVG e Aborti spontanei	Predisposizione di 2 sedute settimanali di IVG farmacologiche	Allegare numero di sedute farmacologiche alla Relazione Finale
2	3	Clinical governance	M	Numero pazienti reclutate dai consultori	Reclutamento di almeno 10 pazienti al mese mediante invio diretto dai consultori familiari	Allegare numero di pazienti giunte tramite consultorio alla Relazione Finale
3	3	Clinical governance	M	Numero pazienti inviate ai consultori post IVG	Invio di almeno 10 pazienti al mese ai consultori familiari per la contraccezione orale gratuita post IVG	Allegare il numero di pazienti inviate a contraccezione al consultorio post IVG
4	3	Clinical governance	M	Reclutamento di donne per la prevenzione delle recidive di IVG con contraccezione con inserimento IUD e follow up	Almeno 10 pazienti reclutate al mese	Allegare numero di IUD inseriti post IVG alla Relazione Finale
5	3	Efficienza organizzativa	M	Numero mensile di visite gestite in Ambulatorio di Ostetricia e Ginecologia	Almeno 20 visite al mese	

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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture	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 Anticorruzione	Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dal Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2022-2024 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 2022-2024	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	B	Monitoraggio delle attività delle associazioni di volontariato	Report trimestrale	Da allegare alla Relazione finale
5	3 4	Formazione	M	Piano di formazione obbligatoria biennale BLSO e ALS per le UU.OO. del Dipartimento di Emergenza-Urgenza e per il personale delle Sale Operatorie	Almeno n.15 corsi BLSO e n. 8 corsi ALS	Coordinato dal Centro di Formazione per l'Emergenza.Nella Relazione finale indicare date, sedi e partecipanti
6	3	Formazione	M	Organizzazione corsi per la Gestione avanzata delle vie aeree per le UU.OO. dei Presidi Ospedalieri	Almeno 5 corsi per UU.OO. diverse rispetto al 2021	Coordinato dal Centro di Formazione per l'Emergenza.Nella Relazione finale indicare date, sedi e partecipanti
7	3	Formazione	M	Organizzazione corsi per la Gestione del Triage intraospedaliero per le UU.OO. dei PS	Almeno 6 corsi	Coordinato dal Centro di Formazione per l'Emergenza.Nella Relazione finale indicare date, sedi e partecipanti
8	3	Clinical governance	M	Procedura aziendale relativa al trasporto primario e secondario tra Ospedali e tra Ospedale e Territorio secondo quanto previsto dalla Raccomandazione Ministeriale N. 11	Invio della Procedura alla Direzione Strategica e all'U.O. Gestione Rischio Clinico	Allegare alla Relazione finale la documentazione relativa all'invio
9	3	Efficienza organizzativa	A	Revisione della Procedura interaziendale per il trasporto secondario dei pazienti psichiatrici sul territorio	Proposta di Delibera	Obiettivo condiviso tra i Dipartimenti di Emergenza-Urgenza e di Salute Mentale

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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 4	Clinical governance	M	% Abbandoni da P.S.	< 4.5%	
2 # 3 4	Clinical governance	A	% Ricoveri da P.S. in Reparti chirurgici con DRG Chirurgico alla dimissione	> 65%	Escluso i ricoveri nelle UU.OO. di Ginecologia ed Ostetricia
3 # 3 4	Clinical governance	A	% ricoveri in regime di urgenza nelle UU.OO. di Area Medica attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza	2022 ≤ 2021	
4 # 4	Clinical governance	M	% Accessi seguiti da ricovero	2022 ≤ 2021	Fonte EDOTTO - Il calcolo è al netto degli accessi tramite Sistema 118
5 # 4	Clinical governance	A	% codici Gialli presi in carico entro 30 minuti	≥ 80%	Fonte EDOTTO
6 3	Clinical governance	M	Procedura aziendale relativa al trasporto primario e secondario tra Ospedali e tra Ospedale e Territorio secondo quanto previsto dalla Raccomandazione Ministeriale N. 11	Invio della Procedura alla Direzione Strategica e all'U.O. Gestione Rischio Clinico	Allegare alla Relazione finale la documentazione relativa all'invio
7 3	Clinical governance	M	Protocollo per la Gestione ambulatoriale dei codici Bianchi e Verdi Pediatrici afferenti ai PP.SS. dei Presidi Ospedalieri della ASL BA	Invio del protocollo alla Direzione Sanitaria Aziendale e all'U.O. GRC entro il 31/12/2022	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Pediatria e di Medicina e Chirurgia Accett. e Urgenza
8 3	Efficienza organizzativa	A	Revisione della Procedura interaziendale per il trasporto secondario dei pazienti psichiatrici sul territorio	Proposta di Delibera	Obiettivo condiviso tra i Dipartimenti di Emergenza-Urgenza e di Salute Mentale

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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 4	Clinical governance	M	% Abbandoni da P.S.	< 5.5%	
2 # 3 4	Clinical governance	A	% Ricoveri da P.S. in Reparti chirurgici con DRG Chirurgico alla dimissione	> 65%	Escluso i ricoveri nelle UU.OO. di Ginecologia ed Ostetricia
3 # 3 4	Clinical governance	A	% ricoveri in regime di urgenza nelle UU.OO. di Area Medica attribuiti a DRG ad alto rischio di inapproprietezza	2022 ≤ 2021	
4 # 4	Clinical governance	M	% Accessi seguiti da ricovero	2022 ≤ 2021	Fonte EDOTTO - Il calcolo è al netto degli accessi tramite Sistema 118
5 # 4	Clinical governance	A	% codici Gialli presi in carico entro 30 minuti	≥ 80%	Fonte EDOTTO
6 3	Clinical governance	M	Procedura aziendale relativa al trasporto primario e secondario tra Ospedali e tra Ospedale e Territorio secondo quanto previsto dalla Raccomandazione Ministeriale N. 11	Invio della Procedura alla Direzione Strategica e all'U.O. Gestione Rischio Clinico	Allegare alla Relazione finale la documentazione relativa all'invio
7 3	Efficienza organizzativa	A	Revisione della Procedura interaziendale per il trasporto secondario dei pazienti psichiatrici sul territorio	Proposta di Delibera	Obiettivo condiviso tra i Dipartimenti di Emergenza-Urgenza e di Salute Mentale

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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 4	Clinical governance	M	% Abbandoni da P.S.	< 4.5%	
2 # 3 4	Clinical governance	A	% Ricoveri da P.S. in Reparti chirurgici con DRG Chirurgico alla dimissione	> 65%	Escluso i ricoveri nelle UU.OO. di Ginecologia ed Ostetricia
3 # 3 4	Clinical governance	A	% ricoveri in regime di urgenza nelle UU.OO. di Area Medica attribuiti a DRG ad alto rischio di inapproprietezza	2022 ≤ 2021	
4 # 4	Clinical governance	M	% Accessi seguiti da ricovero	2022 ≤ 2021	Fonte EDOTTO - Il calcolo è al netto degli accessi tramite Sistema 118
5 # 4	Clinical governance	A	% codici Gialli presi in carico entro 30 minuti	≥ 80%	Fonte EDOTTO
6 3	Clinical governance	M	Procedura aziendale relativa al trasporto primario e secondario tra Ospedali e tra Ospedale e Territorio secondo quanto previsto dalla Raccomandazione Ministeriale N. 11	Invio della Procedura alla Direzione Strategica e all'U.O. Gestione Rischio Clinico	Allegare alla Relazione finale la documentazione relativa all'invio
7 3	Clinical governance	M	Protocollo per la Gestione ambulatoriale dei codici Bianchi e Verdi Pediatrici afferenti ai PP.SS. dei Presidi Ospedalieri della ASL BA	Invio del protocollo alla Direzione Sanitaria Aziendale e all'U.O. GRC entro il 31/12/2022	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Pediatria e di Medicina e Chirurgia Accett. e Urgenza
8 3	Efficienza organizzativa	A	Revisione della Procedura interaziendale per il trasporto secondario dei pazienti psichiatrici sul territorio	Proposta di Delibera	Obiettivo condiviso tra i Dipartimenti di Emergenza-Urgenza e di Salute Mentale

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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 4	Clinical governance	M	% Abbandoni da P.S.	< 5.5%	
2 # 3 4	Clinical governance	A	% Ricoveri da P.S. in Reparti chirurgici con DRG Chirurgico alla dimissione	> 65%	Escluso i ricoveri nelle UU.OO. di Ginecologia ed Ostetricia
3 # 3 4	Clinical governance	A	% ricoveri in regime di urgenza nelle UU.OO. di Area Medica attribuiti a DRG ad alto rischio di inapproprietezza	2022 ≤ 2021	
4 # 4	Clinical governance	M	% Accessi seguiti da ricovero	2022 ≤ 2021	Fonte EDOTTO - Il calcolo è al netto degli accessi tramite Sistema 118
5 # 4	Clinical governance	A	% codici Gialli presi in carico entro 30 minuti	> 70%	Fonte EDOTTO
6 3	Clinical governance	M	Procedura aziendale relativa al trasporto primario e secondario tra Ospedali e tra Ospedale e Territorio secondo quanto previsto dalla Raccomandazione Ministeriale N. 11	Invio della Procedura alla Direzione Strategica e all'U.O. Gestione Rischio Clinico	Allegare alla Relazione finale la documentazione relativa all'invio
7 3	Efficienza organizzativa	A	Revisione della Procedura interaziendale per il trasporto secondario dei pazienti psichiatrici sul territorio	Proposta di Delibera	Obiettivo condiviso tra i Dipartimenti di Emergenza-Urgenza e di Salute Mentale

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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 4	Clinical governance	M	% Abbandoni da P.S.	< 5.5%	
2 # 3 4	Clinical governance	A	% Ricoveri da P.S. in Reparti chirurgici con DRG Chirurgico alla dimissione	> 65%	Escluso i ricoveri nelle UU.OO. di Ginecologia ed Ostetricia
3 # 3 4	Clinical governance	A	% ricoveri in regime di urgenza nelle UU.OO. di Area Medica attribuiti a DRG ad alto rischio di inapproprietezza	2022 ≤ 2021	
4 # 4	Clinical governance	M	% Accessi seguiti da ricovero	2022 ≤ 2021	Fonte EDOTTO - Il calcolo è al netto degli accessi tramite Sistema 118
5 # 4	Clinical governance	A	% codici Gialli presi in carico entro 30 minuti	> 70%	Fonte EDOTTO
6 3	Clinical governance	M	Procedura aziendale relativa al trasporto primario e secondario tra Ospedali e tra Ospedale e Territorio secondo quanto previsto dalla Raccomandazione Ministeriale N. 11	Invio della Procedura alla Direzione Strategica e all'U.O. Gestione Rischio Clinico	Allegare alla Relazione finale la documentazione relativa all'invio
7 3	Clinical governance	M	Protocollo per la Gestione ambulatoriale dei codici Bianchi e Verdi Pediatrici afferenti ai PP.SS. dei Presidi Ospedalieri della ASL BA	Invio del protocollo alla Direzione Sanitaria Aziendale e all'U.O. GRC entro il 31/12/2022	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Pediatria e di Medicina e Chirurgia Accett. e Urgenza
8 3	Efficienza organizzativa	A	Revisione della Procedura interaziendale per il trasporto secondario dei pazienti psichiatrici sul territorio	Proposta di Delibera	Obiettivo condiviso tra i Dipartimenti di Emergenza-Urgenza e di Salute Mentale

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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 4	Clinical governance	M	% Abbandoni da P.S.	< 5.5%	
2 # 3 4	Clinical governance	A	% Ricoveri da P.S. in Reparti chirurgici con DRG Chirurgico alla dimissione	> 65%	Escluso i ricoveri nelle UU.OO. di Ginecologia ed Ostetricia
3 # 3 4	Clinical governance	A	% ricoveri in regime di urgenza nelle UU.OO. di Area Medica attribuiti a DRG ad alto rischio di inapproprietezza	2022 ≤ 2021	
4 # 4	Clinical governance	M	% Accessi seguiti da ricovero	2022 ≤ 2021	Fonte EDOTTO - Il calcolo è al netto degli accessi tramite Sistema 118
5 # 4	Clinical governance	A	% codici Gialli presi in carico entro 30 minuti	> 70%	Fonte EDOTTO
6 3	Clinical governance	M	Procedura aziendale relativa al trasporto primario e secondario tra Ospedali e tra Ospedale e Territorio secondo quanto previsto dalla Raccomandazione Ministeriale N. 11	Invio della Procedura alla Direzione Strategica e all'U.O. Gestione Rischio Clinico	Allegare alla Relazione finale la documentazione relativa all'invio
7 3	Clinical governance	M	Protocollo per la Gestione ambulatoriale dei codici Bianchi e Verdi Pediatrici afferenti ai PP.SS. dei Presidi Ospedalieri della ASL BA	Invio del protocollo alla Direzione Sanitaria Aziendale e all'U.O. GRC entro il 31/12/2022	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Pediatria e di Medicina e Chirurgia Accett. e Urgenza
8 3	Efficienza organizzativa	A	Revisione della Procedura interaziendale per il trasporto secondario dei pazienti psichiatrici sul territorio	Proposta di Delibera	Obiettivo condiviso tra i Dipartimenti di Emergenza-Urgenza e di Salute Mentale

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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 4	Clinical governance	M	% Abbandoni da P.S.	< 4.5%	
2 # 3 4	Clinical governance	A	% Ricoveri da P.S. in Reparti chirurgici con DRG Chirurgico alla dimissione	> 65%	Escluso i ricoveri nelle UU.OO. di Ginecologia ed Ostetricia
3 # 3 4	Clinical governance	A	% ricoveri in regime di urgenza nelle UU.OO. di Area Medica attribuiti a DRG ad alto rischio di inapproprietezza	2022 ≤ 2021	
4 # 4	Clinical governance	M	% Accessi seguiti da ricovero	2022 ≤ 2021	Fonte EDOTTO - Il calcolo è al netto degli accessi tramite Sistema 118
5 # 4	Clinical governance	A	% codici Gialli presi in carico entro 30 minuti	≥ 80%	Fonte EDOTTO
6 3	Clinical governance	M	Procedura aziendale relativa al trasporto primario e secondario tra Ospedali e tra Ospedale e Territorio secondo quanto previsto dalla Raccomandazione Ministeriale N. 11	Invio della Procedura alla Direzione Strategica e all'U.O. Gestione Rischio Clinico	Allegare alla Relazione finale la documentazione relativa all'invio
7 3	Efficienza organizzativa	A	Revisione della Procedura interaziendale per il trasporto secondario dei pazienti psichiatrici sul territorio	Proposta di Delibera	Obiettivo condiviso tra i Dipartimenti di Emergenza-Urgenza e di Salute Mentale

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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Miglioramento della qualità assistenziale	A	Elaborazione di 1 protocollo operativo interno all'U.O. relativamente alla detersione e sanificazione della Camera Iperbarica, maschere oronasali e tubi di ventilazione	Invio con mail del Protocollo all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	
2	3	Miglioramento della qualità assistenziale	M	Elaborazione di 1 protocollo operativo interno all'U.O. relativamente al trattamento delle intossicazioni da monossido di carbonio	Invio con mail del Protocollo all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Allegare mail di invio alla Relazione finale
3	3	Miglioramento della qualità assistenziale	M	Elaborazione di 1 protocollo operativo antincendio all'interno della Camera Iperbarica e dei locali dell'U.O.	Invio con mail del Protocollo all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Allegare mail di invio alla Relazione finale
4	2 4	Appropriatezza setting assistenziale	B	Report semestrale e annuale su tipologia acuta e cronica e n. pazienti trattati secondo le LG della società scientifica SIMSI	Elaborazione dei Report	Da inviare all'U.O. Controllo di Gestione
5	3	Efficienza assistenziale	B	Report semestrale e annuale sulle patologie trattate con indicazione indilazionabili urgenti e primarie distinte per tipologia e provenienza ASL del paziente	Elaborazione dei Report	Da inviare all'U.O. Controllo di Gestione

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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

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%	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Ortopedia e le UU.OO. di Anestesia e Rianimazione
2 4 2	Donazione Organi e/o Tessuti	B	N. donazioni/N. accertamenti morte cerebrale	2022 ≥ 2021	Dati forniti dalla Commissione Trapianti ASL BA
3 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.
4 3	Formazione	B	Organizzazione di corso di formazione per esecuzione di Tracheotomie chirurgiche e percutanee rivolto a personale medico e infermieristico delle UU.OO. Di ORL e Rianimazione	Organizzazione evento	Nella Relazione finale indicare date e numero partecipanti
5 # 3	Miglioramento della qualità assistenziale	A	Percentuale di parti vaginali con Partoanalgesia	Almeno 15%	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Ginecologia e Ostetricia e le UU.OO. di Anestesia e Rianimazione

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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

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	Formazione	B	Organizzazione di corso di formazione per esecuzione di Tracheotomie chirurgiche e percutanee rivolto a personale medico e infermieristico delle UU.OO. Di ORL e Rianimazione	Organizzazione evento	Nella Relazione finale indicare date e numero partecipanti
3 3	Clinical governance	M	Protocollo per la gestione degli accessi venosi, in condivisione con le UU.OO. Del Presidio	Invio del porotocollo alla Direzione Sanitaria Aziendale	Allegare alla Relazione finale la documentazione relativa all'invio del Protocollo (mail di invio o Nota Protocollo)

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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Miglioramento della qualità assistenziale	A	Percentuale di parti vaginali con Partoanalgesia	Almeno 15%	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Ginecologia e Ostetricia e le UU.OO. di Anestesia e Rianimazione
2 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.
3 3	Formazione	B	Organizzazione di corso di formazione per esecuzione di Tracheotomie chirurgiche e percutanee rivolto a personale medico e infermieristico delle UU.OO. Di ORL e Rianimazione	Organizzazione evento	Nella Relazione finale indicare date e numero partecipanti
4 3	Clinical governance	M	Protocollo per la gestione degli accessi venosi, in condivisione con le UU.OO. Del Presidio	Invio del protocollo alla Direzione Sanitaria Aziendale	Allegare alla Relazione finale la documentazione relativa all'invio del Protocollo (mail di invio o Nota Protocollo)

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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

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%	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Ortopedia e le UU.OO. di Anestesia e Rianimazione
2 4 2	Donazione Organi e/o Tessuti	B	N. donazioni/N. accertamenti morte cerebrale	2022 > 2021	Dati forniti dalla Commissione Trapianti ASL BA
3 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.
4 3	Formazione	B	Organizzazione di corso di formazione per esecuzione di Tracheotomie chirurgiche e percutanee rivolto a personale medico e infermieristico delle UU.OO. Di ORL e Rianimazione	Organizzazione evento	Nella Relazione finale indicare date e numero partecipanti
5 # 3	Miglioramento della qualità assistenziale	A	Percentuale di parti vaginali con Partoanalgesia	Almeno 35%	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Ginecologia e Ostetricia e le UU.OO. di Anestesia e Rianimazione

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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

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%	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Ortopedia e le UU.OO. di Anestesia e Rianimazione
2 4 2	Donazione Organi e/o Tessuti	B	N. donazioni/N. accertamenti morte cerebrale	2022 > 2021	Dati forniti dalla Commissione Trapianti ASL BA
3 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.
4 3	Formazione	B	Organizzazione di corso di formazione per esecuzione di Tracheotomie chirurgiche e percutanee rivolto a personale medico e infermieristico delle UU.OO. Di ORL e Rianimazione	Organizzazione evento	Nella Relazione finale indicare date e numero partecipanti
5 # 3	Miglioramento della qualità assistenziale	A	Percentuale di parti vaginali con Partoanalgesia	Almeno 15%	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Ginecologia e Ostetricia e le UU.OO. di Anestesia e Rianimazione

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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

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%	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Ortopedia e le UU.OO. di Anestesia e Rianimazione
2 4 2	Donazione Organi e/o Tessuti	B	N. donazioni/N. accertamenti morte cerebrale	2022 > 2021	Dati forniti dalla Commissione Trapianti ASL BA
3 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.
4 3	Formazione	B	Organizzazione di corso di formazione per esecuzione di Tracheotomie chirurgiche e percutanee rivolto a personale medico e infermieristico delle UU.OO. Di ORL e Rianimazione	Organizzazione evento	Nella Relazione finale indicare date e numero partecipanti
5 # 3	Miglioramento della qualità assistenziale	A	Percentuale di parti vaginali con Partoanalgesia	Almeno 15%	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Ginecologia e Ostetricia e le UU.OO. di Anestesia e Rianimazione

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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	4 2	Donazione Organi e/o Tessuti	B	N. donazioni/N. accertamenti morte cerebrale	2022 > 2021	Dati forniti dalla Commissione Trapianti ASL BA
2	3	Formazione	B	Organizzazione di corso di formazione per esecuzione di Tracheotomie chirurgiche e percutanee rivolto a personale medico e infermieristico delle UU.OO. Di ORL e Rianimazione	Organizzazione evento	Nella Relazione finale indicare date e numero partecipanti
3	3	Clinical governance	A	Percentuale di Tracheotomie percutanee sul totale della Tracheotomie eseguite	Almeno 40%	
4	3	Clinical governance	M	Protocollo per la gestione degli accessi venosi, in condivisione con le UU.OO. Del Presidio	Invio del protocollo alla Direzione Sanitaria Aziendale	Allegare alla Relazione finale la documentazione relativa all'invio del Protocollo (mail di invio o Nota Protocollo)

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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 3	Clinical governance	A	Elaborazione/revisione dei consensi informati di tutte le metodologie/prestazioni diagnostiche strumentali del Dipartimento di Radiodiagnostica e M.N. alla luce delle normative vigenti (L.31.7.2020 n.101),	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. Allegare mail di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale
2 3	Efficienza organizzativa	A	Produzione e revisione delle procedure di giustificazione delle indagini di Diagnostica eseguita dai TSRM alla luce del D.L.31.7.2021 n.101	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 e Fisica Sanitaria. Allegare mail di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale
3 3	Clinical governance	A	Standardizzazione delle procedure di utilizzo del M.d.C. in relazione alle reazioni avverse.	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. Allegare mail di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale
4 3	Formazione	B	Organizzazione di evento formativo audit interdisciplinare (Neuro, NCH, P.S.) sulla "Stroke unit", per il trattamento dei disturbi cerebrovascolari acuti rivolto al personale medico e di comparto	Realizzazione dell'evento	Obiettivo in comune tra UU.OO. di Radiodiagnostica e U.O. Neurologia P.O. "Di Venere". Produzione di documentazione relativa all'evento con titolo, date e sedi da allegare alla Relazione finale
5 # 1 3	Efficienza organizzativa	A	Fatturato prestazioni ambulatoriali esterne	Fatturato prestazioni ambulatoriali esterne 2022: 2021 +5%	
6 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 antiallergica.

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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Clinical governance	A	Elaborazione/revisione dei consensi informati di tutte le metodologie/prestazioni diagnostiche strumentali del Dipartimento di Radiodiagnostica e M.N. alla luce delle normative vigenti (L.31.7.2020 n.101),	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. Allegare mail di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale
2	3	Efficienza organizzativa	A	Produzione e revisione delle procedure di giustificazione delle indagini di Diagnostica eseguita dai TSRM alla luce del D.L.31.7.2021 n.101	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. Allegare mail di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale
3	3	Clinical governance	A	Standardizzazione delle procedure di utilizzo del M.d.C. in relazione alle reazioni avverse.	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. Allegare mail di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale
4	3	Formazione	B	Organizzazione di evento formativo audit interdisciplinare (Neuro, NCH, P.S.) sulla "Stroke unit", per il trattamento dei disturbi cerebrovascolari acuti rivolto al personale medico e di comparto	Realizzazione dell'evento	Obiettivo in comune tra UU.OO. di Radiodiagnostica e U.O. Neurologia P.O. "Di Venere". Produzione di documentazione relativa all'evento con titolo, date e sedi da allegare alla Relazione finale
5 #	1 3	Efficienza organizzativa	A	Fatturato prestazioni ambulatoriali esterne	Fatturato prestazioni ambulatoriali esterne 2022:2021 +5%	
6	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 antiallergica.

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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Efficienza organizzativa	A	Numero di prestazioni Ecotomografiche	Fatturato prestazioni ambulatoriali esterne 2022 ≥ 2021	
2 3	Clinical governance	M	Protocollo operativo per la preparazione e controlli di qualità sui radiofarmaci nefrotropi	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 nefrotropi	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	A	Elaborazione/revisione dei consensi informati di tutte le metodologie/prestazioni diagnostiche strumentali del Dipartimento di Radiodiagnostica e M.N. alla luce delle normative vigenti (L.31.7.2020 n.101),	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. 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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Clinical governance	A	Elaborazione/revisione dei consensi informati di tutte le metodologie/prestazioni diagnostiche strumentali del Dipartimento di Radiodiagnostica e M.N. alla luce delle normative vigenti (L.31.7.2020 n.101),	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. Allegare mail di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale
2	3	Efficienza organizzativa	A	Produzione e revisione delle procedure di giustificazione delle indagini di Diagnostica eseguita dai TSRM alla luce del D.L.31.7.2021 n.101	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. Allegare mail di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale
3	3	Clinical governance	A	Standardizzazione delle procedure di utilizzo del M.d.C. in relazione alle reazioni avverse.	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. Allegare mail di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale
4	3	Formazione	B	Organizzazione di evento formativo audit interdisciplinare (Neuro, NCH, P.S.) sulla "Stroke unit", per il trattamento dei disturbi cerebrovascolari acuti rivolto al personale medico e di comparto	Realizzazione dell'evento	Obiettivo in comune tra UU.OO. di Radiodiagnostica e U.O. Neurologia P.O. "Di Venere". Produzione di documentazione relativa all'evento con titolo, date e sedi da allegare alla Relazione finale
5 #	1 3	Efficienza organizzativa	A	Fatturato prestazioni ambulatoriali esterne	Fatturato prestazioni ambulatoriali esterne 2022:2021 +5%	
6	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 antiallergica.

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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 3	Clinical governance	A	Elaborazione/revisione dei consensi informati di tutte le metodologie/prestazioni diagnostiche strumentali del Dipartimento di Radiodiagnostica e M.N. alla luce delle normative vigenti (L.31.7.2020 n.101),	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. Allegare mail di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale
2 3	Efficienza organizzativa	A	Produzione e revisione delle procedure di giustificazione delle indagini di Diagnostica eseguita dai TSRM alla luce del D.L.31.7.2021 n.101	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. Allegare mail di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale
3 3	Clinical governance	A	Standardizzazione delle procedure di utilizzo del M.d.C. in relazione alle reazioni avverse.	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. Allegare mail di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale
4 3	Formazione	B	Organizzazione di evento formativo audit interdisciplinare (Neuro, NCH, P.S.) sulla "Stroke unit", per il trattamento dei disturbi cerebrovascolari acuti rivolto al personale medico e di comparto	Realizzazione dell'evento	Obiettivo in comune tra UU.OO. di Radiodiagnostica e U.O. Neurologia P.O. "Di Venere". Produzione di documentazione relativa all'evento con titolo, date e sedi da allegare alla Relazione finale
5 # 1 3	Efficienza organizzativa	A	Fatturato prestazioni ambulatoriali esterne	Fatturato prestazioni ambulatoriali esterne 2022:2021 +5%	
6 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 antiallergica.

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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 3	Clinical governance	A	Elaborazione/revisione dei consensi informati di tutte le metodologie/prestazioni diagnostiche strumentali del Dipartimento di Radiodiagnostica e M.N. alla luce delle normative vigenti (L.31.7.2020 n.101),	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. Allegare mail di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale
2 3	Efficienza organizzativa	A	Produzione e revisione delle procedure di giustificazione delle indagini di Diagnostica eseguita dai TSRM alla luce del D.L.31.7.2021 n.101	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. Allegare mail di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale
3 3	Clinical governance	A	Standardizzazione delle procedure di utilizzo del M.d.C. in relazione alle reazioni avverse.	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. Allegare mail di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale
4 3	Formazione	B	Organizzazione di evento formativo audit interdisciplinare (Neuro, NCH, P.S.) sulla "Stroke unit", per il trattamento dei disturbi cerebrovascolari acuti rivolto al personale medico e di comparto	Realizzazione dell'evento	Obiettivo in comune tra UU.OO. di Radiodiagnostica e U.O. Neurologia P.O. "Di Venere". Produzione di documentazione relativa all'evento con titolo, date e sedi da allegare alla Relazione finale
5 # 1 3	Efficienza organizzativa	A	Fatturato prestazioni ambulatoriali esterne	Fatturato prestazioni ambulatoriali esterne 2022:2021 +15%	Subordinato all'acquisizione di personale medico e tecnico
6 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 antiallergica.

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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Clinical governance	A	Elaborazione/revisione dei consensi informati di tutte le metodologie/prestazioni diagnostiche strumentali del Dipartimento di Radiodiagnostica e M.N. alla luce delle normative vigenti (L.31.7.2020 n.101),	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. Allegare mail di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale
2	3	Efficienza organizzativa	A	Produzione e revisione delle procedure di giustificazione delle indagini di Diagnostica eseguita dai TSRM alla luce del D.L.31.7.2021 n.101	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. Allegare mail di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale
3	3	Clinical governance	A	Standardizzazione delle procedure di utilizzo del M.d.C. in relazione alle reazioni avverse.	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. Allegare mail di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale
4	3	Formazione	B	Organizzazione di evento formativo audit interdisciplinare (Neuro, NCH, P.S.) sulla "Stroke unit", per il trattamento dei disturbi cerebrovascolari acuti rivolto al personale medico e di comparto	Realizzazione dell'evento	Obiettivo in comune tra UU.OO. di Radiodiagnostica e U.O. Neurologia P.O. "Di Venere". Produzione di documentazione relativa all'evento con titolo, date e sedi da allegare alla Relazione finale
5 #	1 3	Efficienza organizzativa	A	Fatturato prestazioni ambulatoriali esterne	Fatturato prestazioni ambulatoriali esterne 2022:2021 +15%	Subordinato all'acquisizione di personale medico e tecnico
6	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 antiallergica.

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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Clinical governance	A	Elaborazione/revisione dei consensi informati di tutte le metodologie/prestazioni diagnostiche strumentali del Dipartimento di Radiodiagnostica e M.N. alla luce delle normative vigenti (L.31.7.2020 n.101),	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. Allegare mail di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale
2	3	Efficienza organizzativa	A	Produzione e revisione delle procedure di giustificazione delle indagini di Diagnostica eseguita dai TSRM alla luce del D.L.31.7.2021 n.101	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. Allegare mail di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale
3	3	Clinical governance	A	Standardizzazione delle procedure di utilizzo del M.d.C. in relazione alle reazioni avverse.	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. Allegare mail di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale
4	3	Formazione	B	Organizzazione di evento formativo audit interdisciplinare (Neuro, NCH, P.S.) sulla "Stroke unit", per il trattamento dei disturbi cerebrovascolari acuti rivolto al personale medico e di comparto	Realizzazione dell'evento	Obiettivo in comune tra UU.OO. di Radiodiagnostica e U.O. Neurologia P.O. "Di Venere". Produzione di documentazione relativa all'evento con titolo, date e sedi da allegare alla Relazione finale
5 #	1 3	Efficienza organizzativa	A	Fatturato prestazioni ambulatoriali esterne	FFatturato prestazioni ambulatoriali esterne 2022:2021 +5%	
6	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 antiallergica.

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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 3	Clinical governance	A	Elaborazione/revisione dei consensi informati di tutte le metodologie/prestazioni diagnostiche strumentali del Dipartimento di Radiodiagnostica e M.N. alla luce delle normative vigenti (L.31.7.2020 n.101),	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. Allegare mail di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale
2 3	Efficienza organizzativa	A	Produzione e revisione delle procedure di giustificazione delle indagini di Diagnostica eseguita dai TSRM alla luce del D.L.31.7.2021 n.101	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. Allegare mail di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale
3 3	Clinical governance	A	Standardizzazione delle procedure di utilizzo del M.d.C. in relazione alle reazioni avverse.	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. Allegare mail di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale
4 3	Formazione	B	Organizzazione di evento formativo audit interdisciplinare (Neuro, NCH, P.S.) sulla "Stroke unit", per il trattamento dei disturbi cerebrovascolari acuti rivolto al personale medico e di comparto	Realizzazione dell'evento	Obiettivo in comune tra UU.OO. di Radiodiagnostica e U.O. Neurologia P.O. "Di Venere". Produzione di documentazione relativa all'evento con titolo, date e sedi da allegare alla Relazione finale
5 # 1 3	Efficienza organizzativa	A	Fatturato prestazioni ambulatoriali esterne	Fatturato prestazioni ambulatoriali esterne 2022:2021 +10%	

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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 3	Clinical governance	A	Elaborazione/revisione dei consensi informati di tutte le metodologie/prestazioni diagnostiche strumentali del Dipartimento di Radiodiagnostica e M.N. alla luce delle normative vigenti (L.31.7.2020 n.101),	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. Allegare mail di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale
2 3	Efficienza organizzativa	A	Produzione e revisione delle procedure di giustificazione delle indagini di Diagnostica eseguita dai TSRM alla luce del D.L.31.7.2021 n.101	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. Allegare mail di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale
3 3	Clinical governance	A	Standardizzazione delle procedure di utilizzo del M.d.C. in relazione alle reazioni avverse.	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. Allegare mail di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale
4 3	Formazione	B	Organizzazione di evento formativo audit interdisciplinare (Neuro, NCH, P.S.) sulla "Stroke unit", per il trattamento dei disturbi cerebrovascolari acuti rivolto al personale medico e di comparto	Realizzazione dell'evento	Obiettivo in comune tra UU.OO. di Radiodiagnostica e U.O. Neurologia P.O. "Di Venere". Produzione di documentazione relativa all'evento con titolo, date e sedi da allegare alla Relazione finale
5 # 1 3	Efficienza organizzativa	A	Fatturato prestazioni ambulatoriali esterne	Fatturato prestazioni ambulatoriali esterne 2022:2021 +5%	

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Formazione	B	Organizzazione di evento formativo su tematiche di Medicina di Laboratorio	Organizzazione di un momento formativo rivolto al personale infermieristico delle UU.OO. Di Patologia Clinica	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Patologia Clinica.
2	3	Clinical governance	A	Attivazione della Rete dei Laboratori della ASL BA secondo il modello Hub-Spoke		Obiettivo condiviso tra le UU.OO. Di Patologia Clinica
3	3	Clinical governance	A	Protocollo operativo per la corretta gestione dei campioni biologici	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. Di Patologia Clinica
4	3	Efficienza organizzativa	A	Elaborazione Protocollo condiviso per la validazione a distanza degli esami di laboratorio in emergenza-urgenza	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Patologia Clinica PP.OO. "S. Paolo", Corato, Molfetta e Terlizzi

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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3 4	Efficienza operativa	M	Unità di sangue raccolte	2022 ≥ 2021	
2 # 3 1	Efficienza operativa	M	Produzione unità di plasma da destinare alla lavorazione industriale	2022 ≥ 2021	
3 # 3	Efficienza organizzativa	A	Percentuale di Unità di sangue eliminate per cause tecniche	2022 < 2021	Per cause tecniche si intendono: iperdatazione, errori in fase di lavorazione, errori in fase di prelievo
4 3	Sanità digitale	A	Completamento attivazione Software di Gestione della Rete Trasfusionale	Attivazione gestione informatizzata Sicurezza al letto del paziente per le UU.OO. Di degenza dell'Area Medica	Obiettivo comune tra Dipartimento Immunotrasfusionale e UOASSI
5 3	Sanità digitale	A	Completamento attivazione Software di Gestione della Rete Trasfusionale	Attivazione gestione informatizzata portale donatori - Prenotazione accessi donazione	Obiettivo comune tra Dipartimento Immunotrasfusionale e UOASSI
6 4 3	Efficienza operativa	M	Avvio della produzione di Emocomponenti ad uso non trasfusionale		
7 1	Deflazionamento del contenzioso	A	Piena applicazione della DDG 1607/2021 e azzeramento del contenzioso per prestazioni aggiuntive 2022 relative alla cessione di acche di sangue all'esterno	Azzeramento del contenzioso per prestazioni aggiuntive 2022 relative alla cessione di sacche di sangue all'esterno	

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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3 4	Efficienza operativa	M	Unità di sangue raccolte	2022 ≥ 2021	
2 # 3 1	Efficienza operativa	M	Produzione unità di plasma da destinare alla lavorazione industriale	2022 ≥ 2021	
3 # 3	Efficienza organizzativa	A	Percentuale di Unità di sangue eliminate per cause tecniche	2022 < 2021	Per cause tecniche si intendono: iperdatazione, errori in fase di lavorazione, errori in fase di prelievo
4 3	Sanità digitale	A	Completamento attivazione Software di Gestione della Rete TrASFusionale	Attivazione gestione informatizzata Sicurezza al letto del paziente per le UU.OO. Di degenza dell'Area Medica	Obiettivo comune tra Dipartimento Immunotrasfusionale e UOASSI
5 3	Sanità digitale	A	Completamento attivazione Software di Gestione della Rete TrASFusionale	Attivazione gestione informatizzata portale donatori - Prenotazione accessi donazione	Obiettivo comune tra Dipartimento Immunotrasfusionale e UOASSI
6 4 3	Efficienza operativa	M	Avvio della produzione di Emocomponenti ad uso non trasfusionale		
7 1	Deflazionamento del contenzioso	A	Piena applicazione della DDG 1607/2021 e azzeramento del contenzioso per prestazioni aggiuntive 2022 relative alla cessione di acche di sangue all'esterno	Azzeramento del contenzioso per prestazioni aggiuntive 2022 relative alla cessione di sacche di sangue all'esterno	

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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Formazione	B	Organizzazione di evento formativo su tematiche di Medicina di Laboratorio	Organizzazione di un momento formativo rivolto al personale infermieristico delle UU.OO. Di Patologia Clinica	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Patologia Clinica.
2	3	Clinical governance	A	Attivazione della Rete dei Laboratori della ASL BA secondo il modello Hub-Spoke		Obiettivo condiviso tra le UU.OO. Di Patologia Clinica
3	3	Clinical governance	A	Protocollo operativo per la corretta gestione dei campioni biologici	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. Di Patologia Clinica
4	2 4	Screening Carcinoma Colon-Retto	A	Processazione del 100% dei campioni pervenuti e comunicazione dei test positivi al Centro Screening	Esecuzione dei test e comunicazione al Centro Screening entro 21 giorni dalla riconsegna del FOBT da parte dell'utente	Certificato dal Centro Screening

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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3 4	Efficienza operativa	M	Unità di sangue raccolte	2022 ≥ 2021	
2 # 3 1	Efficienza operativa	M	Produzione unità di plasma da destinare alla lavorazione industriale	2022 ≥ 2021	
3 # 3	Efficienza organizzativa	A	Percentuale di Unità di sangue eliminate per cause tecniche	2022 < 2021	Per cause tecniche si intendono: iperdatazione, errori in fase di lavorazione, errori in fase di prelievo
4 3	Sanità digitale	A	Completamento attivazione Software di Gestione della Rete Trasfusionale	Attivazione gestione informatizzata Sicurezza al letto del paziente per le UU.OO. Di degenza dell'Area Medica	Obiettivo comune tra Dipartimento Immunotrasfusionale e UOASSI
5 3	Sanità digitale	A	Completamento attivazione Software di Gestione della Rete Trasfusionale	Attivazione gestione informatizzata portale donatori - Prenotazione accessi donazione	Obiettivo comune tra Dipartimento Immunotrasfusionale e UOASSI
6 4 3	Efficienza operativa	M	Avvio della produzione di Emocomponenti ad uso non trasfusionale		
7 1	Deflazionamento del contenzioso	A	Piena applicazione della DDG 1607/2021 e azzeramento del contenzioso per prestazioni aggiuntive 2022 relative alla cessione di acche di sangue all'esterno	Azzeramento del contenzioso per prestazioni aggiuntive 2022 relative alla cessione di sacche di sangue all'esterno	

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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	4	Clinical governance	A	Procedura Aziendale di Gestione dello Screening con HPV primario	Invio con mail della procedura all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità entro 31/12/2021	Subordinato al passaggio a HPV test primario. Obiettivo condiviso tra U.O. Citopatologia e Screening, UU.OO. di Ostetricia e Ginecologia e Distretti. Coordinato da U.O. Citopatologia e Screening
2	3	Clinical governance	A	Adeguamento dell'organizzazione dell'attività del Servizio alle Linee Guida previste dal GISC1 per il passaggio a HPV test primario per lo screening cervicale	Completo adeguamento al 31/12/2021	Subordinato al passaggio a HPV test primario
3	4 2	Potenziamento Screening Carcinoma Cervice Uterina	A	Consolidamento diagnostica molecolare per HPV	100% dei campioni relativi alla popolazione individuata come target per la metodica molecolare	Obiettivo condiviso con la Direzione del Dipartimento Prevenzione
4	2 4	Potenziamento Screening Carcinoma Cervice Uterina	A	Tempo di refertazione della diagnostica citologica relativa alla popolazione individuata come target pr la metodica citologica	≤ 21 gg.	
5	2 4	Potenziamento Screening Carcinoma Cervice Uterina	A	Tempo di refertazione della diagnostica istologica	≤ 30 gg.	

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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Formazione	B	Organizzazione di evento formativo su tematiche di Medicina di Laboratorio	Organizzazione di un momento formativo rivolto al personale infermieristico delle UU.OO. Di Patologia Clinica	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Patologia Clinica.
2	3	Clinical governance	A	Attivazione della Rete dei Laboratori della ASL BA secondo il modello Hub-Spoke		Obiettivo condiviso tra le UU.OO. Di Patologia Clinica
3	3	Clinical governance	A	Protocollo operativo per la corretta gestione dei campioni biologici	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. Di Patologia Clinica
4	3	Clinical governance	M	Procedura operativa relativa agli accertamenti tossicologici richiesti dalle Forze dell'Ordine	Invio all'U.O. Gestione del Rischio Clinico	Allegare alla Relazione finale la documentazione dell'invio all'U.O. GRC

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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Formazione	B	Organizzazione di evento formativo su tematiche di Medicina di Laboratorio	Organizzazione di un momento formativo rivolto al personale infermieristico delle UU.OO. Di Patologia Clinica	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Patologia Clinica.
2	3	Clinical governance	A	Attivazione della Rete dei Laboratori della ASL BA secondo il modello Hub-Spoke		Obiettivo condiviso tra le UU.OO. Di Patologia Clinica
3	3	Clinical governance	A	Protocollo operativo per la corretta gestione dei campioni biologici	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. Di Patologia Clinica

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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3 4	Efficienza operativa	M	Unità di sangue raccolte	2022 ≥ 2021	
2 # 3 1	Efficienza operativa	M	Produzione unità di plasma da destinare alla lavorazione industriale	2022 ≥ 2021	
3 # 3	Efficienza organizzativa	A	Percentuale di Unità di sangue eliminate per cause tecniche	2022 < 2021	Per cause tecniche si intendono: iperdatazione, errori in fase di lavorazione, errori in fase di prelievo
4 3	Sanità digitale	A	Completamento attivazione Software di Gestione della Rete Trasfusionale	Attivazione gestione informatizzata Sicurezza al letto del paziente per le UU.OO. Di degenza dell'Area Medica	Obiettivo comune tra Dipartimento Immunotrasfusionale e UOASSI
5 3	Sanità digitale	A	Completamento attivazione Software di Gestione della Rete Trasfusionale	Attivazione gestione informatizzata portale donatori - Prenotazione accessi donazione	Obiettivo comune tra Dipartimento Immunotrasfusionale e UOASSI
6 4 3	Efficienza operativa	M	Avvio della produzione di Emocomponenti ad uso non trasfusionale		
7 1	Deflazionamento del contenzioso	A	Piena applicazione della DDG 1607/2021 e azzeramento del contenzioso per prestazioni aggiuntive 2022 relative alla cessione di acche di sangue all'esterno	Azzeramento del contenzioso per prestazioni aggiuntive 2022 relative alla cessione di sacche di sangue all'esterno	

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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3 4	Efficienza operativa	M	Unità di sangue raccolte	2022 ≥ 2021	
2 # 3 1	Efficienza operativa	M	Produzione unità di plasma da destinare alla lavorazione industriale	2022 ≥ 2021	
3 # 3	Efficienza organizzativa	A	Percentuale di Unità di sangue eliminate per cause tecniche	2022 < 2021	Per cause tecniche si intendono: iperdatazione, errori in fase di lavorazione, errori in fase di prelievo
4 3	Sanità digitale	A	Completamento attivazione Software di Gestione della Rete Trasfusionale	Attivazione gestione informatizzata Sicurezza al letto del paziente per le UU.OO. Di degenza dell'Area Medica	Obiettivo comune tra Dipartimento Immunotrasfusionale e UOASSI
5 3	Sanità digitale	A	Completamento attivazione Software di Gestione della Rete Trasfusionale	Attivazione gestione informatizzata portale donatori - Prenotazione accessi donazione	Obiettivo comune tra Dipartimento Immunotrasfusionale e UOASSI
6 4 3	Efficienza operativa	M	Avvio della produzione di Emocomponenti ad uso non trasfusionale		
7 1	Deflazionamento del contenzioso	A	Piena applicazione della DDG 1607/2021 e azzeramento del contenzioso per prestazioni aggiuntive 2022 relative alla cessione di acche di sangue all'esterno	Azzeramento del contenzioso per prestazioni aggiuntive 2022 relative alla cessione di sacche di sangue all'esterno	

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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Formazione	B	Organizzazione di evento formativo su tematiche di Medicina di Laboratorio	Organizzazione di un momento formativo rivolto al personale infermieristico delle UU.OO. Di Patologia Clinica	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Patologia Clinica.
2	3	Clinical governance	A	Attivazione della Rete dei Laboratori della ASL BA secondo il modello Hub-Spoke		Obiettivo condiviso tra le UU.OO. Di Patologia Clinica
3	3	Clinical governance	A	Protocollo operativo per la corretta gestione dei campioni biologici	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. Di Patologia Clinica
4	3	Efficienza organizzativa	A	Elaborazione Protocollo condiviso per la validazione a distanza degli esami di laboratorio in emergenza-urgenza	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Patologia Clinica PP.OO. "S. Paolo", Corato, Molfetta e Terlizzi

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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Formazione	B	Organizzazione di evento formativo su tematiche di Medicina di Laboratorio	Organizzazione di un momento formativo rivolto al personale infermieristico delle UU.OO. Di Patologia Clinica	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Patologia Clinica.
2	3	Clinical governance	A	Attivazione della Rete dei Laboratori della ASL BA secondo il modello Hub-Spoke		Obiettivo condiviso tra le UU.OO. Di Patologia Clinica
3	3	Clinical governance	A	Protocollo operativo per la corretta gestione dei campioni biologici	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. Di Patologia Clinica
4	3	Efficienza organizzativa	A	Elaborazione Protocollo condiviso per la validazione a distanza degli esami di laboratorio in emergenza-urgenza	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Patologia Clinica PP.OO. "S. Paolo", Corato, Molfetta e Terlizzi

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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture	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 1	Misure per la razionalizzazione degli acquisti di beni sanitari	B	Inventario entro il mese di Settembre e di Dicembre secondo le indicazioni del Direttore del Dipartimento	Elaborazione di N. 2 Report (Settembre e Dicembre)	Report da analizzare durante le riunioni del Dipartimento con Relazione da parte del Direttore del Dipartimento da allegare alla Relazione finale
3	1 4	Appropriatezza prescrittiva	B	Report trimestrale sui casi di inappropriatezza prescrittiva dei MMG riscontrati e comunicati alla Direzione Generale e ai Direttori di Distretto	N. 4 Report	
4	1 3	Misure per il contenimento della spesa farmaceutica	M	Monitoraggio, Analisi e Controllo per DSS dei costi per beni sanitari (farmaci e dispositivi) e dei costi della farmaceutica convenzionata per ATC con scostamento rispetto all'esercizio precedente	N. 4 Report trimestrali ai Direttori DSS + 1 Relazione annuale sulle azioni intraprese da allegare alla Relazione finale	La Relazione annuale è a cura del Direttore della U.O.C.
5	1	Controllo della spesa	A	Monitoraggio e controllo dell'appropriatezza delle prescrizioni effettuate da medici prescrittori aziendali per l'incremento dell'utilizzo di farmaci biosimilari nel rispetto delle delibere e delle circolari regionali	Report annuale dei controlli periodici e verbali degli incontri svolti con i medici prescrittori aziendali responsabili di comportamenti anomali	es.: DD.G.R.n.699/2017, n.983/2018, n.1188/2019in collaborazione con le UU.OO. Farmacie Ospedaliere
6	1 2	Controllo della spesa	A	Riduzione delle preparazioni esterne di Cannabinoidi da parte delle Farmacie Convenzionate ed avvio delle preparazioni galeniche interne	Riduzione del 20% rispetto al 2021 della spesa per preparazioni galeniche esterne di Cannabinoidi	Subordinato al reclutamento di personale di supporto alla Farmacia Ospedale del P.O. della Murgia

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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Trasmissione bolle caricate in Euis alla Direzione Amministrativa di Presidio nei modi e tempi utili alla liquidazione entro 40 giorni	100% bolle al netto delle bolle relative al materiale di dialisi peritoneale domiciliare	Obiettivo certificato dalla Direzione Amministrativa di Presidio
2	3 1	Misure per la razionalizzazione degli acquisti di beni sanitari	B	Inventario entro il mese di Settembre e di Dicembre del deposito farmaceutico della U.O. Farmacia e delle singole UU.OO. del Presidio secondo le indicazioni del Direttore del Dipartimento	Elaborazione di N. 2 Report (Settembre e Dicembre)	Report da analizzare durante le riunioni del Dipartimento con Relazione da parte del Direttore del Dipartimento da allegare alla Relazione finale
3	1	Controllo della spesa	A	Monitoraggio e controllo dell'appropriatezza delle prescrizioni effettuate da medici prescrittori aziendali per l'incremento dell'utilizzo di farmaci biosimilari nel rispetto delle delibere e delle circolari regionali	Report annuale dei controlli periodici e verbali degli incontri svolti con i medici prescrittori aziendali responsabili di comportamenti anomali	es.: DD.G.R.n.699/2017, n.983/2018, n.1188/2019In collaborazione con la U.O. Farmacia Territoriale
4	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 le DPO e le Direzioni Amministrative.Da allegare alla Relazione finale
5	1 2	Controllo della spesa	A	Riduzione delle preparazioni esterne di Cannabinoidi da parte delle Farmacie Convenzionate ed avvio delle preparazioni galeniche interne	Riduzione del 20% rispetto al 2021 della spesa per preparazioni galeniche esterne di Cannabinoidi	Subordinato al reclutamento di personale di supporto alla Farmacia Ospedale del P.O. della Murgia
6	3	Controllo della Spesa	M	Elaborazione di Prontuario farmaceutico pediatrico della ASL BA	Invio della bozza del Prontuario alla Direzione Sanitaria Aziendale entro il 31/12/2022	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Pediatria/UTIN e le UU.OO. Di Farmacia Ospedaliera
7	3	Clinical governance	M	Procedura Aziendale di implementazione della Raccomandazione Ministeriale n. 14 - Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici	Proposta di Deliberazione	Obiettivo condiviso tra UU.OO. di Oncologia e Farmacia Ospedaliera del P.O. "San Paolo" e della Murgia. Coordinato dalla Farmacia Ospedaliera del P.O. "San Paolo"Certificato da UO GRC. SUBordinato all'acquisto del Software gestionale di tracciamento

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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Trasmissione bolle caricate in Eusis alla Direzione Amministrativa di Presidio nei modi e tempi utili alla liquidazione entro 40 giorni	100% bolle al netto delle bolle relative al materiale di dialisi peritoneale domiciliare	Obiettivo certificato dalla Direzione Amministrativa di Presidio
2	3 1	Misure per la razionalizzazione degli acquisti di beni sanitari	B	Inventario entro il mese di Settembre e di Dicembre del deposito farmaceutico della U.O. Farmacia e delle singole UU.OO. del Presidio secondo le indicazioni del Direttore del Dipartimento	Elaborazione di N. 2 Report (Settembre e Dicembre)	Report da analizzare durante le riunioni del Dipartimento con Relazione da parte del Direttore del Dipartimento da allegare alla Relazione finale
3	1	Controllo della spesa	A	Monitoraggio e controllo dell'appropriatezza delle prescrizioni effettuate da medici prescrittori aziendali per l'incremento dell'utilizzo di farmaci biosimilari nel rispetto delle delibere e delle circolari regionali	Report annuale dei controlli periodici e verbali degli incontri svolti con i medici prescrittori aziendali responsabili di comportamenti anomali	es.: DD.G.R.n.699/2017, n.983/2018, n.1188/2019In collaborazione con la U.O. Farmacia Territoriale
4	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 le DPO e le Direzioni Amministrative. Da allegare alla Relazione finale
5	1 2	Controllo della spesa	A	Riduzione delle preparazioni esterne di Cannabinoidi da parte delle Farmacie Convenzionate ed avvio delle preparazioni galeniche interne	Riduzione del 20% rispetto al 2021 della spesa per preparazioni galeniche esterne di Cannabinoidi	Subordinato al reclutamento di personale di supporto alla Farmacia Ospedale del P.O. della Murgia
6	3	Controllo della Spesa	M	Elaborazione di Prontuario farmaceutico pediatrico della ASL BA	Invio della bozza del Prontuario alla Direzione Sanitaria Aziendale entro il 31/12/2022	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Pediatria/UTIN e le UU.OO. Di Farmacia Ospedaliera
7	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 2022-2024 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Obiettivo riferito all'intero Dipartimento Gestione del Farmaco. Certificato da RPCT
8	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 2022-2024	Obiettivo riferito all'intero Dipartimento Gestione del Farmaco. Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009
9	1	Efficienza organizzativa	M	Invio all'AGP del Capitolato tecnico per Indizione Procedura di gara per l'acquisizione di kit procedurali in TNT e correlati servizi accessori	Invio del Capitolato Tecnico all'AGP entro il 30/06=2022	

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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Trasmissione bolle caricate in Euis alla Direzione Amministrativa di Presidio nei modi e tempi utili alla liquidazione entro 40 giorni	100% bolle al netto delle bolle relative al materiale di dialisi peritoneale domiciliare	Obiettivo certificato dalla Direzione Amministrativa di Presidio
2	3 1	Misure per la razionalizzazione degli acquisti di beni sanitari	B	Inventario entro il mese di Settembre e di Dicembre del deposito farmaceutico della U.O. Farmacia e delle singole UU.OO. del Presidio secondo le indicazioni del Direttore del Dipartimento	Elaborazione di N. 2 Report (Settembre e Dicembre)	Report da analizzare durante le riunioni del Dipartimento con Relazione da parte del Direttore del Dipartimento da allegare alla Relazione finale
3	1	Controllo della spesa	A	Monitoraggio e controllo dell'appropriatezza delle prescrizioni effettuate da medici prescrittori aziendali per l'incremento dell'utilizzo di farmaci biosimilari nel rispetto delle delibere e delle circolari regionali	Report annuale dei controlli periodici e verbali degli incontri svolti con i medici prescrittori aziendali responsabili di comportamenti anomali	es.: DD.G.R.n.699/2017, n.983/2018, n.1188/2019In collaborazione con la U.O. Farmacia Territoriale
4	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 le DPO e le Direzioni Amministrative.Da allegare alla Relazione finale
5	1 2	Controllo della spesa	A	Riduzione delle preparazioni esterne di Cannabinoidi da parte delle Farmacie Convenzionate ed avvio delle preparazioni galeniche interne	Riduzione del 20% rispetto al 2021 della spesa per preparazioni galeniche esterne di Cannabinoidi	Subordinato al reclutamento di personale di supporto alla Farmacia Ospedale del P.O. della Murgia
6	3	Controllo della Spesa	M	Elaborazione di Prontuario farmaceutico pediatrico della ASL BA	Invio della bozza del Prontuario alla Direzione Sanitaria Aziendale entro il 31/12/2022	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Pediatria/UTIN e le UU.OO. Di Farmacia Ospedaliera
7	3	Clinical governance	M	Procedura Aziendale di implementazione della Raccomandazione Ministeriale n. 14 - Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici	Proposta di Deliberazione	Obiettivo condiviso tra UU.OO. di Oncologia e Farmacia Ospedaliera del P.O. "San Paolo" e della Murgia. Coordinato dalla Farmacia Ospedaliera del P.O. "San Paolo"Certificato da UO GRC. SUBordinato all'acquisto del Software gestionale di tracciamento

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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Trasmissione bolle caricate in Euis alla Direzione Amministrativa di Presidio nei modi e tempi utili alla liquidazione entro 40 giorni	100% bolle al netto delle bolle relative al materiale di dialisi peritoneale domiciliare	Obiettivo certificato dalla Direzione Amministrativa di Presidio
2	3 1	Misure per la razionalizzazione degli acquisti di beni sanitari	B	Inventario entro il mese di Settembre e di Dicembre del deposito farmaceutico della U.O. Farmacia e delle singole UU.OO. del Presidio secondo le indicazioni del Direttore del Dipartimento	Elaborazione di N. 2 Report (Settembre e Dicembre)	Report da analizzare durante le riunioni del Dipartimento con Relazione da parte del Direttore del Dipartimento da allegare alla Relazione finale
3	1	Controllo della spesa	A	Monitoraggio e controllo dell'appropriatezza delle prescrizioni effettuate da medici prescrittori aziendali per l'incremento dell'utilizzo di farmaci biosimilari nel rispetto delle delibere e delle circolari regionali	Report annuale dei controlli periodici e verbali degli incontri svolti con i medici prescrittori aziendali responsabili di comportamenti anomali	es.: DD.G.R.n.699/2017, n.983/2018, n.1188/2019In collaborazione con la U.O. Farmacia Territoriale
4	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 le DPO e le Direzioni Amministrative. Da allegare alla Relazione finale
5	1 2	Controllo della spesa	A	Riduzione delle preparazioni esterne di Cannabinoidi da parte delle Farmacie Convenzionate ed avvio delle preparazioni galeniche interne	Riduzione del 20% rispetto al 2021 della spesa per preparazioni galeniche esterne di Cannabinoidi	Subordinato al reclutamento di personale di supporto alla Farmacia Ospedale del P.O. della Murgia
6	3	Controllo della Spesa	M	Elaborazione di Prontuario farmaceutico pediatrico della ASL BA	Invio della bozza del Prontuario alla Direzione Sanitaria Aziendale entro il 31/12/2022	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Pediatria/UTIN e le UU.OO. Di Farmacia Ospedaliera

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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Trasmissione bolle caricate in Euis alla Direzione Amministrativa di Presidio nei modi e tempi utili alla liquidazione entro 40 giorni	100% bolle al netto delle bolle relative al materiale di dialisi peritoneale domiciliare	Obiettivo certificato dalla Direzione Amministrativa di Presidio
2	3 1	Misure per la razionalizzazione degli acquisti di beni sanitari	B	Inventario entro il mese di Settembre e di Dicembre del deposito farmaceutico della U.O. Farmacia e delle singole UU.OO. del Presidio secondo le indicazioni del Direttore del Dipartimento	Elaborazione di N. 2 Report (Settembre e Dicembre)	Report da analizzare durante le riunioni del Dipartimento con Relazione da parte del Direttore del Dipartimento da allegare alla Relazione finale
3	1	Controllo della spesa	A	Monitoraggio e controllo dell'appropriatezza delle prescrizioni effettuate da medici prescrittori aziendali per l'incremento dell'utilizzo di farmaci biosimilari nel rispetto delle delibere e delle circolari regionali	Report annuale dei controlli periodici e verbali degli incontri svolti con i medici prescrittori aziendali responsabili di comportamenti anomali	es.: DD.G.R.n.699/2017, n.983/2018, n.1188/2019In collaborazione con la U.O. Farmacia Territoriale
4	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 le DPO e le Direzioni Amministrative. Da allegare alla Relazione finale
5	1 2	Controllo della spesa	A	Riduzione delle preparazioni esterne di Cannabinoidi da parte delle Farmacie Convenzionate ed avvio delle preparazioni galeniche interne	Riduzione del 20% rispetto al 2021 della spesa per preparazioni galeniche esterne di Cannabinoidi	Subordinato al reclutamento di personale di supporto alla Farmacia Ospedale del P.O. della Murgia
6	3	Controllo della Spesa	M	Elaborazione di Prontuario farmaceutico pediatrico della ASL BA	Invio della bozza del Prontuario alla Direzione Sanitaria Aziendale entro il 31/12/2022	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Pediatria/UTIN e le UU.OO. Di Farmacia Ospedaliera

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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Trasmissione bolle caricate in Euis alla Direzione Amministrativa di Presidio nei modi e tempi utili alla liquidazione entro 40 giorni	100% bolle al netto delle bolle relative al materiale di dialisi peritoneale domiciliare	Obiettivo certificato dalla Direzione Amministrativa di Presidio
2	3 1	Misure per la razionalizzazione degli acquisti di beni sanitari	B	Inventario entro il mese di Settembre e di Dicembre del deposito farmaceutico della U.O. Farmacia e delle singole UU.OO. del Presidio secondo le indicazioni del Direttore del Dipartimento	Elaborazione di N. 2 Report (Settembre e Dicembre)	Report da analizzare durante le riunioni del Dipartimento con Relazione da parte del Direttore del Dipartimento da allegare alla Relazione finale
3	1	Controllo della spesa	A	Monitoraggio e controllo dell'appropriatezza delle prescrizioni effettuate da medici prescrittori aziendali per l'incremento dell'utilizzo di farmaci biosimilari nel rispetto delle delibere e delle circolari regionali	Report annuale dei controlli periodici e verbali degli incontri svolti con i medici prescrittori aziendali responsabili di comportamenti anomali	es.: DD.G.R.n.699/2017, n.983/2018, n.1188/2019In collaborazione con la U.O. Farmacia Territoriale
4	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 le DPO e le Direzioni Amministrative. Da allegare alla Relazione finale
5	1 2	Controllo della spesa	A	Riduzione delle preparazioni esterne di Cannabinoidi da parte delle Farmacie Convenzionate ed avvio delle preparazioni galeniche interne	Riduzione del 20% rispetto al 2021 della spesa per preparazioni galeniche esterne di Cannabinoidi	Subordinato al reclutamento di personale di supporto alla Farmacia Ospedale del P.O. della Murgia
6	3	Controllo della Spesa	M	Elaborazione di Prontuario farmaceutico pediatrico della ASL BA	Invio della bozza del Prontuario alla Direzione Sanitaria Aziendale entro il 31/12/2022	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Pediatria/UTIN e le UU.OO. Di Farmacia Ospedaliera

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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Trasmissione bolle caricate in Euis alla Direzione Amministrativa di Presidio nei modi e tempi utili alla liquidazione entro 40 giorni	100% bolle al netto delle bolle relative al materiale di dialisi peritoneale domiciliare	Obiettivo certificato dalla Direzione Amministrativa di Presidio
2	3 1	Misure per la razionalizzazione degli acquisti di beni sanitari	B	Inventario entro il mese di Settembre e di Dicembre del deposito farmaceutico della U.O. Farmacia e delle singole UU.OO. del Presidio secondo le indicazioni del Direttore del Dipartimento	Elaborazione di N. 2 Report (Settembre e Dicembre)	Report da analizzare durante le riunioni del Dipartimento con Relazione da parte del Direttore del Dipartimento da allegare alla Relazione finale
3	1	Controllo della spesa	A	Monitoraggio e controllo dell'appropriatezza delle prescrizioni effettuate da medici prescrittori aziendali per l'incremento dell'utilizzo di farmaci biosimilari nel rispetto delle delibere e delle circolari regionali	Report annuale dei controlli periodici e verbali degli incontri svolti con i medici prescrittori aziendali responsabili di comportamenti anomali	es.: DD.G.R.n.699/2017, n.983/2018, n.1188/2019In collaborazione con la U.O. Farmacia Territoriale
4	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 le DPO e le Direzioni Amministrative.Da allegare alla Relazione finale
5	1 2	Controllo della spesa	A	Riduzione delle preparazioni esterne di Cannabinoidi da parte delle Farmacie Convenzionate ed avvio delle preparazioni galeniche interne	Riduzione del 20% rispetto al 2021 della spesa per preparazioni galeniche esterne di Cannabinoidi	Subordinato al reclutamento di personale di supporto alla Farmacia Ospedale del P.O. della Murgia
6	3	Controllo della Spesa	M	Elaborazione di Prontuario farmaceutico pediatrico della ASL BA	Invio della bozza del Prontuario alla Direzione Sanitaria Aziendale entro il 31/12/2022	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Pediatria/UTIN e le UU.OO. Di Farmacia Ospedaliera

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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Clinical governance	A	Elaborazione di due protocolli assistenziali relativi alle principali patologie in carico, sia in regime residenziale che assistenziale	Invio dei Protocolli alla Direzione Sanitaria Aziendale	Allegare alla Relazione finale documentazione relativa all'invio (copia della mail o N. di protocollo)
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	> 2000	
	2					

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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Efficienza operativa	M	Controllo di qualità su apparecchiature radiologiche: Numero apparecchiature controllate/apparecchiature installate	90%	
2	3	Efficienza operativa	M	N.ro schede personali dosimetriche aggiornate/ N.ro schede totali	90%	
3	3	Efficienza organizzativa	A	Produzione e revisione delle procedure di giustificazione delle indagini di Diagnostica eseguita dai TSRM alla luce del D.L.31.7.2021 n.101	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 e Fisica Sanitaria. Allegare mail di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale
4	3	Efficienza operativa	M	N.ro misure di esposizioni ambientali/N.ro diagnostiche radiologiche	90%	

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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

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 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, 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 2022-2024 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	Clinical governance	M	Procedura aziendale relativa al trasporto primario e secondario tra Ospedali e tra Ospedale e Territorio secondo quanto previsto dalla Raccomandazione Ministeriale N. 11	Invio della Procedura alla Direzione Strategica e all'U.O. Gestione Rischio Clinico	Allegare alla Relazione finale la documentazione relativa all'invio
7	2	Comunicazione istituzionale	B	Invio dei dati all'U.O. Servizio di Informazione e Comunicazione istituzionale per l'aggiornamento del Portale aziendale	Invio quadrimestrale dei dati	Certificato dall'U.O. Servizio di Informazione e Comunicazione istituzionale

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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

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 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, 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 2022-2024 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	Clinical governance	M	Procedura aziendale relativa al trasporto primario e secondario tra Ospedali e tra Ospedale e Territorio secondo quanto previsto dalla Raccomandazione Ministeriale N. 11	Invio della Procedura alla Direzione Strategica e all'U.O. Gestione Rischio Clinico	Allegare alla Relazione finale la documentazione relativa all'invio
7	2	Comunicazione istituzionale	B	Invio dei dati all'U.O. Servizio di Informazione e Comunicazione istituzionale per l'aggiornamento del Portale aziendale	Invio quadrimestrale dei dati	Certificato dall'U.O. Servizio di Informazione e Comunicazione istituzionale

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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

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 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, 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 2022-2024 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	Clinical governance	M	Procedura aziendale relativa al trasporto primario e secondario tra Ospedali e tra Ospedale e Territorio secondo quanto previsto dalla Raccomandazione Ministeriale N. 11	Invio della Procedura alla Direzione Strategica e all'U.O. Gestione Rischio Clinico	Allegare alla Relazione finale la documentazione relativa all'invio
7	2	Comunicazione istituzionale	B	Invio dei dati all'U.O. Servizio di Informazione e Comunicazione istituzionale per l'aggiornamento del Portale aziendale	Invio quadrimestrale dei dati	Certificato dall'U.O. Servizio di Informazione e Comunicazione istituzionale

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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

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 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, 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 2022-2024 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	Clinical governance	M	Procedura aziendale relativa al trasporto primario e secondario tra Ospedali e tra Ospedale e Territorio secondo quanto previsto dalla Raccomandazione Ministeriale N. 11	Invio della Procedura alla Direzione Strategica e all'U.O. Gestione Rischio Clinico	Allegare alla Relazione finale la documentazione relativa all'invio
7	2	Comunicazione istituzionale	B	Invio dei dati all'U.O. Servizio di Informazione e Comunicazione istituzionale per l'aggiornamento del Portale aziendale	Invio quadrimestrale dei dati	Certificato dall'U.O. Servizio di Informazione e Comunicazione istituzionale

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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

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 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, 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 2022-2024 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	Clinical governance	M	Procedura aziendale relativa al trasporto primario e secondario tra Ospedali e tra Ospedale e Territorio secondo quanto previsto dalla Raccomandazione Ministeriale N. 11	Invio della Procedura alla Direzione Strategica e all'U.O. Gestione Rischio Clinico	Allegare alla Relazione finale la documentazione relativa all'invio
7	2	Comunicazione istituzionale	B	Invio dei dati all'U.O. Servizio di Informazione e Comunicazione istituzionale per l'aggiornamento del Portale aziendale	Invio quadrimestrale dei dati	Certificato dall'U.O. Servizio di Informazione e Comunicazione istituzionale

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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

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 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, 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 2022-2024 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	Clinical governance	M	Procedura aziendale relativa al trasporto primario e secondario tra Ospedali e tra Ospedale e Territorio secondo quanto previsto dalla Raccomandazione Ministeriale N. 11	Invio della Procedura alla Direzione Strategica e all'U.O. Gestione Rischio Clinico	Allegare alla Relazione finale la documentazione relativa all'invio
7	2	Comunicazione istituzionale	B	Invio dei dati all'U.O. Servizio di Informazione e Comunicazione istituzionale per l'aggiornamento del Portale aziendale	Invio quadrimestrale dei dati	Certificato dall'U.O. Servizio di Informazione e Comunicazione istituzionale

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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

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 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, 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 2022-2024 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	Clinical governance	M	Procedura aziendale relativa al trasporto primario e secondario tra Ospedali e tra Ospedale e Territorio secondo quanto previsto dalla Raccomandazione Ministeriale N. 11	Invio della Procedura alla Direzione Strategica e all'U.O. Gestione Rischio Clinico	Allegare alla Relazione finale la documentazione relativa all'invio
7	2	Comunicazione istituzionale	B	Invio dei dati all'U.O. Servizio di Informazione e Comunicazione istituzionale per l'aggiornamento del Portale aziendale	Invio quadrimestrale dei dati	Certificato dall'U.O. Servizio di Informazione e Comunicazione istituzionale

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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture	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 2022-2024	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 2022-2024 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 trimestrali 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, con la collaborazione dell' U.O. Controllo di Gestione..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	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	3	Efficienza organizzativa	A	Ricognizione beni inventariati presso i Presidi Ospedalieri	Ricognizione fisica dei beni e riconciliazione con risultanze inventariali per almeno tre Reparti per Stabilimento Ospedaliero	Trasmissione all'AGP dell'esito della ricognizione
11	1	Deflazionamento del contenzioso	A	Analisi del contenzioso SIMT anni precedenti e predisposizione proposte conciliative coerenti con la DDG 1607/2021	Relazione alla Direzione Strategica e predisposizione atti	

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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture	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 2022-2024	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 2022-2024 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 trimestrali 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, con la collaborazione dell' U.O. Controllo di Gestione..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	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	3	Efficienza organizzativa	A	Ricognizione beni inventariati presso i Presidi Ospedalieri	Ricognizione fisica dei beni e riconciliazione con risultanze inventariali per almeno tre Reparti per Stabilimento Ospedaliero	Trasmissione all'AGP dell'esito della ricognizione
11	1	Deflazionamento del contenzioso	A	Analisi del contenzioso SIMT anni precedenti e predisposizione proposte conciliative coerenti con la DDG 1607/2021	Relazione alla Direzione Strategica e predisposizione atti	

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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture	Giorni liquidazione fattura $\leq$ 40 dalla registrazione	Obiettivo rimodulabile in corso d'anno sulla base degli esiti previsti dalla Legge N.145/2018 e D.G.R. N. 1487/2019AI netto delle fatture contestate. Subordinato all'integrazione del personale amministrativo. 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 2022-2024 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 2022-2024	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009
5	3 1	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 da un Direttore di DSS delegato dal Direttore di Dipartimento
6	3	Efficienza organizzativa	M	Analisi del fabbisogno specialistica ambulatoriale per DSS	Relazione al Direttore Sanitario entro il 31/05/2022	
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 2	Miglioramento della qualità assistenziale	A	Screening Carcinoma della cervice uterina: Percentuale di adesione della popolazione bersaglio	42% della popolazione bersaglio	Obiettivo condiviso tra UOSVD Screening Cervice Uterina e Distretti. Subordinato alla integrazione della dotazione organica e agli adeguamenti strutturali dei Consulitori
9	3 1	Formazione	B	Organizzazione di eventi formativi per il personale afferente aala UOS Ass. Specialistica su argomento individuato dal Comitato di Dipartimento	Partecipazione di almeno 80% del personale della UOS	Nella Relazione finale indicare data, sede, argomento e partecipanti.
10	3 1	Formazione	B	Organizzazione di eventi formativi per il personale afferente aala UOS Ass. Consultoriale su argomento individuato dal Comitato di Dipartimento	Partecipazione di almeno 80% del personale della UOS	Nella Relazione finale indicare data, sede, argomento e partecipanti.
11	3	Clinical governance	M	Analisi delle diverse modalità di trasporto previste e da garantire a livello territoriale, finalizzate alla procedura Aziendale volta alla implementazione della Raccomandazione Ministeriale n. 11	Relazione unica del Dipartimento Assistenza Territoriale da inviare alla Direzione Sanitaria ed al UOGRS entro 31 marzo 2022	Allegare alla Relazione finale la documentazione relativa all'invio
12	2	Comunicazione istituzionale	B	Invio dei dati all'U.O. Servizio di Informazione e Comunicazione istituzionale per l'aggiornamento del Portale aziendale	Invio quadrimestrale dei dati	Certificato dall'U.O. Servizio di Informazione e Comunicazione istituzionale

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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture	Giorni liquidazione fattura $\leq$ 40 dalla registrazione	Obiettivo rimodulabile in corso d'anno sulla base degli esiti previsti dalla Legge N.145/2018 e D.G.R. N. 1487/2019AI netto delle fatture contestate. Subordinato all'integrazione del personale amministrativo. 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 2022-2024 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 2022-2024	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009
5	3 1	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 da un Direttore di DSS delegato dal Direttore di Dipartimento
6	3	Efficienza organizzativa	M	Analisi del fabbisogno specialistica ambulatoriale per DSS	Relazione al Direttore Sanitario entro il 31/05/2022	
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 2	Miglioramento della qualità assistenziale	A	Screening Carcinoma della cervice uterina: Percentuale di adesione della popolazione bersaglio	42% della popolazione bersaglio	Obiettivo condiviso tra UOSVD Screening Cervice Uterina e Distretti. Subordinato alla integrazione della dotazione organica e agli adeguamenti strutturali dei Consulitori
9	3 1	Formazione	B	Organizzazione di eventi formativi per il personale afferente aala UOS Ass. Specialistica su argomento individuato dal Comitato di Dipartimento	Partecipazione di almeno 80% del personale della UOS	Nella Relazione finale indicare data, sede, argomento e partecipanti.
10	3 1	Formazione	B	Organizzazione di eventi formativi per il personale afferente aala UOS Ass. Consultoriale su argomento individuato dal Comitato di Dipartimento	Partecipazione di almeno 80% del personale della UOS	Nella Relazione finale indicare data, sede, argomento e partecipanti.
11	3	Clinical governance	M	Analisi delle diverse modalità di trasporto previste e da garantire a livello territoriale, finalizzate alla procedura Aziendale volta alla implementazione della Raccomandazione Ministeriale n. 11	Relazione unica del Dipartimento Assistenza Territoriale da inviare alla Direzione Sanitaria ed al UOGRS entro 31 marzo 2022	Allegare alla Relazione finale la documentazione relativa all'invio
12	2	Comunicazione istituzionale	B	Invio dei dati all'U.O. Servizio di Informazione e Comunicazione istituzionale per l'aggiornamento del Portale aziendale	Invio quadrimestrale dei dati	Certificato dall'U.O. Servizio di Informazione e Comunicazione istituzionale

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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture	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. 1487/2019AI netto delle fatture contestate. Subordinato all'integrazione del personale amministrativo. 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 2022-2024 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 2022-2024	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009
5	3 1	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 da un Direttore di DSS delegato dal Direttore di Dipartimento
6	3	Efficienza organizzativa	M	Analisi del fabbisogno specialistica ambulatoriale per DSS	Relazione al Direttore Sanitario entro il 31/05/2022	
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 2	Miglioramento della qualità assistenziale	A	Screening Carcinoma della cervice uterina: Percentuale di adesione della popolazione bersaglio	42% della popolazione bersaglio	Obiettivo condiviso tra UOSVD Screening Cervice Uterina e Distretti. Subordinato alla integrazione della dotazione organica e agli adeguamenti strutturali dei Consulitori
9	3 1	Formazione	B	Organizzazione di eventi formativi per il personale afferente aala UOS Ass. Specialistica su argomento individuato dal Comitato di Dipartimento	Partecipazione di almeno 80% del personale della UOS	Nella Relazione finale indicare data, sede, argomento e partecipanti.
10	3 1	Formazione	B	Organizzazione di eventi formativi per il personale afferente aala UOS Ass. Consultoriale su argomento individuato dal Comitato di Dipartimento	Partecipazione di almeno 80% del personale della UOS	Nella Relazione finale indicare data, sede, argomento e partecipanti.
11	3	Clinical governance	M	Analisi delle diverse modalità di trasporto previste e da garantire a livello territoriale, finalizzate alla procedura Aziendale volta alla implementazione della Raccomandazione Ministeriale n. 11	Relazione unica del Dipartimento Assistenza Territoriale da inviare alla Direzione Sanitaria ed al UOGRG entro 31 marzo 2022	Allegare alla Relazione finale la documentazione relativa all'invio
12	2	Comunicazione istituzionale	B	Invio dei dati all'U.O. Servizio di Informazione e Comunicazione istituzionale per l'aggiornamento del Portale aziendale	Invio quadrimestrale dei dati	Certificato dall'U.O. Servizio di Informazione e Comunicazione istituzionale

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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture	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. 1487/2019AI netto delle fatture contestate. Subordinato all'integrazione del personale amministrativo. 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 2022-2024 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 2022-2024	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009
5	3 1	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 da un Direttore di DSS delegato dal Direttore di Dipartimento
6	3	Efficienza organizzativa	M	Analisi del fabbisogno specialistica ambulatoriale per DSS	Relazione al Direttore Sanitario entro il 31/05/2022	
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 2	Miglioramento della qualità assistenziale	A	Screening Carcinoma della cervice uterina: Percentuale di adesione della popolazione bersaglio	42% della popolazione bersaglio	Obiettivo condiviso tra UOSVD Screening Cervice Uterina e Distretti. Subordinato alla integrazione della dotazione organica e agli adeguamenti strutturali dei Consulitori
9	3 1	Formazione	B	Organizzazione di eventi formativi per il personale afferente aala UOS Ass. Specialistica su argomento individuato dal Comitato di Dipartimento	Partecipazione di almeno 80% del personale della UOS	Nella Relazione finale indicare data, sede, argomento e partecipanti.
10	3 1	Formazione	B	Organizzazione di eventi formativi per il personale afferente aala UOS Ass. Consulitoriale su argomento individuato dal Comitato di Dipartimento	Partecipazione di almeno 80% del personale della UOS	Nella Relazione finale indicare data, sede, argomento e partecipanti.
11	3	Clinical governance	M	Analisi delle diverse modalità di trasporto previste e da garantire a livello territoriale, finalizzate alla procedura Aziendale volta alla implementazione della Raccomandazione Ministeriale n. 11	Relazione unica del Dipartimento Assistenza Territoriale da inviare alla Direzione Sanitaria ed al UOGRG entro 31 marzo 2022	Allegare alla Relazione finale la documentazione relativa all'invio
12	2	Comunicazione istituzionale	B	Invio dei dati all'U.O. Servizio di Informazione e Comunicazione istituzionale per l'aggiornamento del Portale aziendale	Invio quadrimestrale dei dati	Certificato dall'U.O. Servizio di Informazione e Comunicazione istituzionale

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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture	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. 1487/2019AI netto delle fatture contestate. Subordinato all'integrazione del personale amministrativo. 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 2022-2024 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 2022-2024	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009
5	3 1	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 da un Direttore di DSS delegato dal Direttore di Dipartimento
6	3	Efficienza organizzativa	M	Analisi del fabbisogno specialistica ambulatoriale per DSS	Relazione al Direttore Sanitario entro il 31/05/2022	
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 2	Miglioramento della qualità assistenziale	A	Screening Carcinoma della cervice uterina: Percentuale di adesione della popolazione bersaglio	42% della popolazione bersaglio	Obiettivo condiviso tra UOSVD Screening Cervice Uterina e Distretti. Subordinato alla integrazione della dotazione organica e agli adeguamenti strutturali dei Consulitori
9	3 1	Formazione	B	Organizzazione di eventi formativi per il personale afferente alla UOS Ass. Specialistica su argomento individuato dal Comitato di Dipartimento	Partecipazione di almeno 80% del personale della UOS	Nella Relazione finale indicare data, sede, argomento e partecipanti.
10	3 1	Formazione	B	Organizzazione di eventi formativi per il personale afferente alla UOS Ass. Consultoriale su argomento individuato dal Comitato di Dipartimento	Partecipazione di almeno 80% del personale della UOS	Nella Relazione finale indicare data, sede, argomento e partecipanti.
11	3	Clinical governance	M	Analisi delle diverse modalità di trasporto previste e da garantire a livello territoriale, finalizzate alla procedura Aziendale volta alla implementazione della Raccomandazione Ministeriale n. 11	Relazione unica del Dipartimento Assistenza Territoriale da inviare alla Direzione Sanitaria ed al UOGRS entro 31 marzo 2022	Allegare alla Relazione finale la documentazione relativa all'invio
12	2	Comunicazione istituzionale	B	Invio dei dati all'U.O. Servizio di Informazione e Comunicazione istituzionale per l'aggiornamento del Portale aziendale	Invio quadrimestrale dei dati	Certificato dall'U.O. Servizio di Informazione e Comunicazione istituzionale

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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture	Giorni liquidazione fattura $\leq$ 40 dalla registrazione	Obiettivo rimodulabile in corso d'anno sulla base degli esiti previsti dalla Legge N.145/2018 e D.G.R. N. 1487/2019AI netto delle fatture contestate. Subordinato all'integrazione del personale amministrativo. 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 2022-2024 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 2022-2024	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009
5	3 1	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 da un Direttore di DSS delegato dal Direttore di Dipartimento
6	3	Efficienza organizzativa	M	Analisi del fabbisogno specialistica ambulatoriale per DSS	Relazione al Direttore Sanitario entro il 31/05/2022	
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 2	Miglioramento della qualità assistenziale	A	Screening Carcinoma della cervice uterina: Percentuale di adesione della popolazione bersaglio	42% della popolazione bersaglio	Obiettivo condiviso tra UOSVD Screening Cervice Uterina e Distretti. Subordinato alla integrazione della dotazione organica e agli adeguamenti strutturali dei Consulitori
9	3 1	Formazione	B	Organizzazione di eventi formativi per il personale afferente aala UOS Ass. Specialistica su argomento individuato dal Comitato di Dipartimento	Partecipazione di almeno 80% del personale della UOS	Nella Relazione finale indicare data, sede, argomento e partecipanti.
10	3 1	Formazione	B	Organizzazione di eventi formativi per il personale afferente aala UOS Ass. Consultoriale su argomento individuato dal Comitato di Dipartimento	Partecipazione di almeno 80% del personale della UOS	Nella Relazione finale indicare data, sede, argomento e partecipanti.
11	3	Clinical governance	M	Analisi delle diverse modalità di trasporto previste e da garantire a livello territoriale, finalizzate alla procedura Aziendale volta alla implementazione della Raccomandazione Ministeriale n. 11	Relazione unica del Dipartimento Assistenza Territoriale da inviare alla Direzione Sanitaria ed al UOGRG entro 31 marzo 2022	Allegare alla Relazione finale la documentazione relativa all'invio
12	2	Comunicazione istituzionale	B	Invio dei dati all'U.O. Servizio di Informazione e Comunicazione istituzionale per l'aggiornamento del Portale aziendale	Invio quadrimestrale dei dati	Certificato dall'U.O. Servizio di Informazione e Comunicazione istituzionale

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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture	Giorni liquidazione fattura $\leq$ 40 dalla registrazione	Obiettivo rimodulabile in corso d'anno sulla base degli esiti previsti dalla Legge N.145/2018 e D.G.R. N. 1487/2019AI netto delle fatture contestate. Subordinato all'integrazione del personale amministrativo. 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 2022-2024 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 2022-2024	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009
5	3 1	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 da un Direttore di DSS delegato dal Direttore di Dipartimento
6	3	Efficienza organizzativa	M	Analisi del fabbisogno specialistica ambulatoriale per DSS	Relazione al Direttore Sanitario entro il 31/05/2022	
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 2	Miglioramento della qualità assistenziale	A	Screening Carcinoma della cervice uterina: Percentuale di adesione della popolazione bersaglio	42% della popolazione bersaglio	Obiettivo condiviso tra UOSVD Screening Cervice Uterina e Distretti. Subordinato alla integrazione della dotazione organica e agli adeguamenti strutturali dei Consulitori
9	3 1	Formazione	B	Organizzazione di eventi formativi per il personale afferente aala UOS Ass. Specialistica su argomento individuato dal Comitato di Dipartimento	Partecipazione di almeno 80% del personale della UOS	Nella Relazione finale indicare data, sede, argomento e partecipanti.
10	3 1	Formazione	B	Organizzazione di eventi formativi per il personale afferente aala UOS Ass. Consulitoriale su argomento individuato dal Comitato di Dipartimento	Partecipazione di almeno 80% del personale della UOS	Nella Relazione finale indicare data, sede, argomento e partecipanti.
11	3	Clinical governance	M	Analisi delle diverse modalità di trasporto previste e da garantire a livello territoriale, finalizzate alla procedura Aziendale volta alla implementazione della Raccomandazione Ministeriale n. 11	Relazione unica del Dipartimento Assistenza Territoriale da inviare alla Direzione Sanitaria ed al UOGRG entro 31 marzo 2022	Allegare alla Relazione finale la documentazione relativa all'invio
12	2	Comunicazione istituzionale	B	Invio dei dati all'U.O. Servizio di Informazione e Comunicazione istituzionale per l'aggiornamento del Portale aziendale	Invio quadrimestrale dei dati	Certificato dall'U.O. Servizio di Informazione e Comunicazione istituzionale

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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture	Giorni liquidazione fattura $\leq$ 40 dalla registrazione	Obiettivo rimodulabile in corso d'anno sulla base degli esiti previsti dalla Legge N.145/2018 e D.G.R. N. 1487/2019AI netto delle fatture contestate. Subordinato all'integrazione del personale amministrativo. 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 2022-2024 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 2022-2024	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009
5	3 1	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 da un Direttore di DSS delegato dal Direttore di Dipartimento
6	3	Efficienza organizzativa	M	Analisi del fabbisogno specialistica ambulatoriale per DSS	Relazione al Direttore Sanitario entro il 31/05/2022	
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 2	Miglioramento della qualità assistenziale	A	Screening Carcinoma della cervice uterina: Percentuale di adesione della popolazione bersaglio	42% della popolazione bersaglio	Obiettivo condiviso tra UOSVD Screening Cervice Uterina e Distretti. Subordinato alla integrazione della dotazione organica e agli adeguamenti strutturali dei Consulitori
9	3 1	Formazione	B	Organizzazione di eventi formativi per il personale afferente aala UOS Ass. Specialistica su argomento individuato dal Comitato di Dipartimento	Partecipazione di almeno 80% del personale della UOS	Nella Relazione finale indicare data, sede, argomento e partecipanti.
10	3 1	Formazione	B	Organizzazione di eventi formativi per il personale afferente aala UOS Ass. Consulitoriale su argomento individuato dal Comitato di Dipartimento	Partecipazione di almeno 80% del personale della UOS	Nella Relazione finale indicare data, sede, argomento e partecipanti.
11	3	Clinical governance	M	Analisi delle diverse modalità di trasporto previste e da garantire a livello territoriale, finalizzate alla procedura Aziendale volta alla implementazione della Raccomandazione Ministeriale n. 11	Relazione unica del Dipartimento Assistenza Territoriale da inviare alla Direzione Sanitaria ed al UOGRG entro 31 marzo 2022	Allegare alla Relazione finale la documentazione relativa all'invio
12	2	Comunicazione istituzionale	B	Invio dei dati all'U.O. Servizio di Informazione e Comunicazione istituzionale per l'aggiornamento del Portale aziendale	Invio quadrimestrale dei dati	Certificato dall'U.O. Servizio di Informazione e Comunicazione istituzionale

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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture	Giorni liquidazione fattura $\leq$ 40 dalla registrazione	Obiettivo rimodulabile in corso d'anno sulla base degli esiti previsti dalla Legge N.145/2018 e D.G.R. N. 1487/2019AI netto delle fatture contestate. Subordinato all'integrazione del personale amministrativo. 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 2022-2024 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 2022-2024	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009
5	3 1	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 da un Direttore di DSS delegato dal Direttore di Dipartimento
6	3	Efficienza organizzativa	M	Analisi del fabbisogno specialistica ambulatoriale per DSS	Relazione al Direttore Sanitario entro il 31/05/2022	
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 2	Miglioramento della qualità assistenziale	A	Screening Carcinoma della cervice uterina: Percentuale di adesione della popolazione bersaglio	42% della popolazione bersaglio	Obiettivo condiviso tra UOSVD Screening Cervice Uterina e Distretti. Subordinato alla integrazione della dotazione organica e agli adeguamenti strutturali dei Consulitori
9	3 1	Formazione	B	Organizzazione di eventi formativi per il personale afferente aala UOS Ass. Specialistica su argomento individuato dal Comitato di Dipartimento	Partecipazione di almeno 80% del personale della UOS	Nella Relazione finale indicare data, sede, argomento e partecipanti.
10	3 1	Formazione	B	Organizzazione di eventi formativi per il personale afferente aala UOS Ass. Consulitoriale su argomento individuato dal Comitato di Dipartimento	Partecipazione di almeno 80% del personale della UOS	Nella Relazione finale indicare data, sede, argomento e partecipanti.
11	3	Clinical governance	M	Analisi delle diverse modalità di trasporto previste e da garantire a livello territoriale, finalizzate alla procedura Aziendale volta alla implementazione della Raccomandazione Ministeriale n. 11	Relazione unica del Dipartimento Assistenza Territoriale da inviare alla Direzione Sanitaria ed al UOGRG entro 31 marzo 2022	Allegare alla Relazione finale la documentazione relativa all'invio
12	2	Comunicazione istituzionale	B	Invio dei dati all'U.O. Servizio di Informazione e Comunicazione istituzionale per l'aggiornamento del Portale aziendale	Invio quadrimestrale dei dati	Certificato dall'U.O. Servizio di Informazione e Comunicazione istituzionale

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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture	Giorni liquidazione fattura $\leq$ 40 dalla registrazione	Obiettivo rimodulabile in corso d'anno sulla base degli esiti previsti dalla Legge N.145/2018 e D.G.R. N. 1487/2019AI netto delle fatture contestate. Subordinato all'integrazione del personale amministrativo. 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 2022-2024 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 2022-2024	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009
5	3 1	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 da un Direttore di DSS delegato dal Direttore di Dipartimento
6	3	Efficienza organizzativa	M	Analisi del fabbisogno specialistica ambulatoriale per DSS	Relazione al Direttore Sanitario entro il 31/05/2022	
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 2	Miglioramento della qualità assistenziale	A	Screening Carcinoma della cervice uterina: Percentuale di adesione della popolazione bersaglio	42% della popolazione bersaglio	Obiettivo condiviso tra UOSVD Screening Cervice Uterina e Distretti. Subordinato alla integrazione della dotazione organica e agli adeguamenti strutturali dei Consulitori
9	3 1	Formazione	B	Organizzazione di eventi formativi per il personale afferente aala UOS Ass. Specialistica su argomento individuato dal Comitato di Dipartimento	Partecipazione di almeno 80% del personale della UOS	Nella Relazione finale indicare data, sede, argomento e partecipanti.
10	3 1	Formazione	B	Organizzazione di eventi formativi per il personale afferente aala UOS Ass. Consulitoriale su argomento individuato dal Comitato di Dipartimento	Partecipazione di almeno 80% del personale della UOS	Nella Relazione finale indicare data, sede, argomento e partecipanti.
11	3	Clinical governance	M	Analisi delle diverse modalità di trasporto previste e da garantire a livello territoriale, finalizzate alla procedura Aziendale volta alla implementazione della Raccomandazione Ministeriale n. 11	Relazione unica del Dipartimento Assistenza Territoriale da inviare alla Direzione Sanitaria ed al UOGRS entro 31 marzo 2022	Allegare alla Relazione finale la documentazione relativa all'invio
12	2	Comunicazione istituzionale	B	Invio dei dati all'U.O. Servizio di Informazione e Comunicazione istituzionale per l'aggiornamento del Portale aziendale	Invio quadrimestrale dei dati	Certificato dall'U.O. Servizio di Informazione e Comunicazione istituzionale

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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture	Giorni liquidazione fattura $\leq$ 40 dalla registrazione	Obiettivo rimodulabile in corso d'anno sulla base degli esiti previsti dalla Legge N.145/2018 e D.G.R. N. 1487/2019AI netto delle fatture contestate. Subordinato all'integrazione del personale amministrativo. 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 2022-2024 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 2022-2024	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009
5	3 1	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 da un Direttore di DSS delegato dal Direttore di Dipartimento
6	3	Efficienza organizzativa	M	Analisi del fabbisogno specialistica ambulatoriale per DSS	Relazione al Direttore Sanitario entro il 31/05/2022	
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 2	Miglioramento della qualità assistenziale	A	Screening Carcinoma della cervice uterina: Percentuale di adesione della popolazione bersaglio	42% della popolazione bersaglio	Obiettivo condiviso tra UOSVD Screening Cervice Uterina e Distretti. Subordinato alla integrazione della dotazione organica e agli adeguamenti strutturali dei Consulitori
9	3 1	Formazione	B	Organizzazione di eventi formativi per il personale afferente aala UOS Ass. Specialistica su argomento individuato dal Comitato di Dipartimento	Partecipazione di almeno 80% del personale della UOS	Nella Relazione finale indicare data, sede, argomento e partecipanti.
10	3 1	Formazione	B	Organizzazione di eventi formativi per il personale afferente aala UOS Ass. Consultoriale su argomento individuato dal Comitato di Dipartimento	Partecipazione di almeno 80% del personale della UOS	Nella Relazione finale indicare data, sede, argomento e partecipanti.
11	3	Clinical governance	M	Analisi delle diverse modalità di trasporto previste e da garantire a livello territoriale, finalizzate alla procedura Aziendale volta alla implementazione della Raccomandazione Ministeriale n. 11	Relazione unica del Dipartimento Assistenza Territoriale da inviare alla Direzione Sanitaria ed al UOGRG entro 31 marzo 2022	Allegare alla Relazione finale la documentazione relativa all'invio
12	2	Comunicazione istituzionale	B	Invio dei dati all'U.O. Servizio di Informazione e Comunicazione istituzionale per l'aggiornamento del Portale aziendale	Invio quadrimestrale dei dati	Certificato dall'U.O. Servizio di Informazione e Comunicazione istituzionale

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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture	Giorni liquidazione fattura $\leq$ 40 dalla registrazione	Obiettivo rimodulabile in corso d'anno sulla base degli esiti previsti dalla Legge N.145/2018 e D.G.R. N. 1487/2019AI netto delle fatture contestate. Subordinato all'integrazione del personale amministrativo. 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 2022-2024 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 2022-2024	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009
5	3 1	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 da un Direttore di DSS delegato dal Direttore di Dipartimento
6	3	Efficienza organizzativa	M	Analisi del fabbisogno specialistica ambulatoriale per DSS	Relazione al Direttore Sanitario entro il 31/05/2022	
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 2	Miglioramento della qualità assistenziale	A	Screening Carcinoma della cervice uterina: Percentuale di adesione della popolazione bersaglio	42% della popolazione bersaglio	Obiettivo condiviso tra UOSVD Screening Cervice Uterina e Distretti. Subordinato alla integrazione della dotazione organica e agli adeguamenti strutturali dei Consulitori
9	3 1	Formazione	B	Organizzazione di eventi formativi per il personale afferente aala UOS Ass. Specialistica su argomento individuato dal Comitato di Dipartimento	Partecipazione di almeno 80% del personale della UOS	Nella Relazione finale indicare data, sede, argomento e partecipanti.
10	3 1	Formazione	B	Organizzazione di eventi formativi per il personale afferente aala UOS Ass. Consultoriale su argomento individuato dal Comitato di Dipartimento	Partecipazione di almeno 80% del personale della UOS	Nella Relazione finale indicare data, sede, argomento e partecipanti.
11	3	Clinical governance	M	Analisi delle diverse modalità di trasporto previste e da garantire a livello territoriale, finalizzate alla procedura Aziendale volta alla implementazione della Raccomandazione Ministeriale n. 11	Relazione unica del Dipartimento Assistenza Territoriale da inviare alla Direzione Sanitaria ed al UOGRC entro 31 marzo 2022	Allegare alla Relazione finale la documentazione relativa all'invio
12	2	Comunicazione istituzionale	B	Invio dei dati all'U.O. Servizio di Informazione e Comunicazione istituzionale per l'aggiornamento del Portale aziendale	Invio quadrimestrale dei dati	Certificato dall'U.O. Servizio di Informazione e Comunicazione istituzionale

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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture	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	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	M	Monitoraggio per DSS dei tempi di pagamento delle fatture con peggiore 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 2022-2024 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 2022-2024	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), in seguito ad assegnazione della Direzione Amministrativa Aziendale	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	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	1	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
9	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
10	1	Efficienza organizzativa	M	Gestione amministrativo-contabile del Contributo Economico Straordinario-COVID-19	Adozione dei provvedimenti deliberativi di autorizzazione al pagamento.	

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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Efficienza operativa	A	Attivazione di Ambulatori di Terapia del Dolore e Cure Palliative	Almeno 1 ambulatorio	
2	3	Formazione	B	Organizzazione di evento formativo rivolto a personale medico e di comparto della ASL	Almeno un evento	Nella Relazione finale indicare data, sede, argomento e partecipanti.
3	3	Clinical governance	A	Elaborazione di percorso assistenziale per il ricovero di pazienti di alta complessità	Invio all'U.O. Gestione del Rischio Clinico	Allegare alla Relazione finale documentazione relativa all'invio (copia della mail o N. di protocollo)
4	4	Clinical governance	M	Utilizzazione della Ecografia polmonare domiciliare nello studio dei pazienti con patologia neurovegetativa	Almeno 10	
	2					

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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Efficienza operativa	A	PDTA per la presa in carico del paziente/detenuto con patologia pneumologica presso la Casa Circondariale di Bari	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
2	3	Efficienza operativa	B	Analisi e gestione del Rischio Clinico all'interno della UOC di Medicina Penitenziaria	Invio per mail alla Direzione Sanitaria Aziendale di Report annuale riepilogativo degli eventi avversi	Allegare mail di invio alla Relazione finale
3	3	Efficienza operativa	A	Attività di prevenzione verso la popolazione detenuta, di una delle patologie presenti all'interno degli Istituti Penitenziari attraverso l'attivazione di misure utili a prevenire la comparsa, la diffusione e la progressione della patologia selezionata	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale per mail di Report annuale delle attività svolte	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 Dicembre 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**