

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Efficienza operativa	A	Protocollo Nuovi Giunti: protocollo operativo per la presa in carico e gestione dei ristretti che fanno ingresso presso gli Istituti Penitenziari afferenti alla UOC di Medicina Penitenziaria dall'esterno	Invio per mail Protocollo alla Direzione Sanitaria Aziendale	Allegare mail di invio alla Relazione finale
2	3	Efficienza operativa	A	PDTA per la presa incarico del paziente/detenuto 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
3	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
4	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 Gennaio 2021

**DIRETTORE U.O.C.**

**DIRETTORE GENERALE**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 3	Clinical governance	A	Elaborazione di protocolli assistenziali per le principali patologie di competenza, sia in regime residenziale che assistenziale	Invio per mail dei Protocolli alla Direzione di Dipartimento	
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	>250	
5 3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulla Raccomandazione n. 1	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 1075/2020	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. Cliniche e le Farmacie Ospedaliere. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**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 2021-2023 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
2	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Trasparenza	Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui al Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021-2023	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009
3	1	Efficienza operativa	A	Sottoscrizione accordi contrattuali con le Strutture Accreditate in conformità alle disposizioni regionali	Predisposizioni Atti	
4	3	Efficienza operativa	A	Sperimentazione della procedura di emissione ordini tramite NSO	Inserimento tripletta di identificazione Ordine NSO in fatture elettroniche entro il mese di Novembre 2021	
5	1	Efficienza operativa	A	Liquidazione saldi annualità pregresse, fino al 2016 compreso, relative all'E.E. "Miulli" e I.R.C.CS. "Maugeri"	Predisposizione Atti di liquidazione	
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

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**DIRIGENTE RESPONSABILE**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Comunicazione istituzionale	M	Organizzazione di eventi aziendali	Almeno 1 evento	Anche con l'utilizzo di modalità a distanza
2	2 4	Potenziamento screening oncologici	A	Campagna di comunicazione per la diffusione degli screening oncologici (cervice, mammella e colon) e delle vaccinazioni	Predisposizione materiale informativo cartaceo e utilizzo canali informatici (portale istituzionale e social media)	In collaborazione con il Dipartimento di Prevenzione Allegare documentazione alla Relazione conclusiva
3	2 3	Comunicazione istituzionale	B	Pubblicazione sulla pagina Facebook aziendale di tutti i Concorsi indetti, con riferimenti alla Gazzetta Ufficiale, entro 5 giorni dalla pubblicazione della Gazzetta Ufficiale	100% dei Concorsi	Da allegare alla Relazione conclusiva
4	2	Comunicazione istituzionale	M	Richiesta dei dati alle UU.OO. Per l'aggiornamento del Portale aziendale	Invio richiesta quadrimestrale	Nella relazione finale indicare il numero di aggiornamenti effettuati per Macrostruttura
5	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Trasparenza	Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui al Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021-2023	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009
6	2	Comunicazione istituzionale	B	Gestione diretta della pagina Facebook aziendale	Relazione	
7	2	Comunicazione istituzionale	M	Gestione dei reclami/segnalazioni ed elogi	Produzione documento annuale con analisi dei reclami/segnalazioni classificati per U.O. interessata	
8	2	Miglioramento della qualità percepita	M	Analisi dei questionari di customer satisfaction compilati online nella sezione "Esprimi il tuo gradimento" del sito web Aziendale	Relazione sui dati statistici del 2021	Da inviare alla Direzione Strategica entro il 31/01/2022
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	

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**DIRETTORE U.O.C.**

**DIRETTORE GENERALE**

DIPARTIMENTO Dipartimento Amministrativo  
 UNITA' OPERATIVA UOC Area Gestione Risorse Umane

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione	Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dal Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021-2023 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
2	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Trasparenza	Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui al Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021-2023	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009
3	3	Efficienza organizzativa	A	Circolare operativa per l'applicazione della normativa sul "Tempo tuta" e Proposta di Contratto Integrativo a stralcio, ai sensi dell'Art. 27 CCNL 2016-2018 del 22 Maggio 2018	Entro il 30/04/2021	Obiettivo condiviso tra SBL e AGRU
4	3 1	Efficienza organizzativa	A	Ciclo della Performance: Procedura per la definizione dei criteri per l'attribuzione delle quote spettanti a titolo di premialità al personale dipendente	Proposta di aggiornamento dei criteri e discussione in Delegazione Trattante di tutte le OO.SS. entro il 30/06/2021	
5	3	Efficienza organizzativa	M	Attivazione Procedura per il perfezionamento delle procedure di reclutamento del personale convenzionato in modalità remota	Attivazione Procedura in via sperimentale riferito ad una categoria di personale convenzionato entro il 30/09/2021	Convocazione online e firma contratto mediante firma digitale
6	3	Efficienza organizzativa	M	Attivazione Procedura per il perfezionamento delle procedure di reclutamento del personale dipendente in modalità remota	Attivazione Procedura in via sperimentale entro il 30/09/2021	Convocazione online e firma contratto mediante firma digitale
7	3	Efficienza organizzativa	M	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale	Riscontro entro 15 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo	Certificato dal Direttore Amministrativo Aziendale
8	3 1	Efficienza organizzativa	A	Stesura del Contratto Integrativo Aziendale relativo all'Area della Dirigenza P.T.A.	Trasmissione alle OO.SS. per la discussione in Delegazione Trattante entro il 31/07/2021	
9	3	Efficienza organizzativa	A	Predisposizione del Capitolato tecnico per l'esternalizzazione della Rilevazione Presenze	Proposta di Capitolato tecnico all'AGP entro il 30/04/2021	
10	3	Efficienza organizzativa	A	Definizione delle procedure concorsuali già attivate a tutto il 31/12/2019 per le Strutture Complesse entro il 31/10/2021	Conclusione del 70% delle procedure concorsuali attivate	

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE AREA**

**DIRETTORE GENERALE**

DIPARTIMENTO Dipartimento Amministrativo  
 UNITA' OPERATIVA UOC Area Gestione Risorse Finanziarie

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

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**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 rispetto all'alimentazione software WCP con % liste abbinate/determine/protocollo >= 80%	Giorni liquidazione fattura ≤ 40 dalla registrazione	Obiettivo rimodulabile in corso d'anno sulla base degli esiti previsti dalla Legge N.145/2018 e D.G.R. N. 1487/2019 Certificato dall'AGRF
2	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione	Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dal Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021-2023 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
3	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Trasparenza	Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui al Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021-2023	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009
4	3	Efficienza organizzativa	M	Applicazione del protocollo operativo delle attività propedeutiche all'attivazione delle apparecchiature radiologiche per la parte di competenza.	Applicazione del protocollo nel 100% delle attivazioni	Obiettivo condiviso tra Ingegneria Clinica, AGT, Fisica Sanitaria e S.P.P. Certificato dalla Fisica Sanitaria
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	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
7	1	Efficienza organizzativa	A	Controllo della spesa per le Manutenzioni di competenza	Rispetto del Budget di spesa come indicato nel Bilancio di Previsione 2021	Conti: 715.100.00005, 715.100.00010 Al netto dei costi straordinari per l'Emergenza COVID
8	3	Efficienza organizzativa	A	Conclusione dei lavori di ristrutturazione avviati presso la palazzina dell'ex CTO	Conclusione ristrutturazione del teatro entro il 30/09/2021 e delle restanti opere entro il 31/12/2021	
9	3	Efficienza organizzativa	A	Definizione del Regolamento degli incentivi al personale dipendente nei casi di svolgimento delle funzioni tecniche di lavori, servizi e forniture	Predisposizione e trasmissione della Proposta di Regolamento alla Delegazione trattante, per il tramite della U.O. Rapporti con le OO.SS. Entro il 31/03/2021	Obiettivo condiviso tra AGT e AGP
10	3	Efficienza organizzativa	A	Aggiudicazione Gara di Progetto per l'efficiamento energetico degli Ospedali San Paolo e della Murgia	Proposta di Delibera entro il 31/12/2021	
11	3	Efficienza organizzativa	M	Standardizzazione della procedura per la pubblicazione delle Gare indette da AGT e AGP	Proposta di Delibera entro il 31/07/2021	Obiettivo condiviso tra AGT e AGP

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**DIRETTORE AREA**

**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 rispetto all'alimentazione software WCP con % liste abbinate/determine/protocollo >= 80%	Giorni liquidazione fattura ≤ 40 dalla registrazione	Obiettivo rimodulabile in corso d'anno sulla base degli esiti previsti dalla Legge N.145/2018 e D.G.R. N. 1487/2019 Certificato dall'AGRF
2	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione	Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dal Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021-2023 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
3	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Trasparenza	Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui al Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021-2023	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009
4	3	Efficienza organizzativa	M	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale	Riscontro entro 15 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo	Certificato dal Direttore Amministrativo Aziendale
5	1	Controllo della Spesa	A	Espletamento Gara per l'allestimento chiavi in mano del Laboratorio Hub presso il P.O. "Di Venere" di Bari	Proposta Delibera di aggiudicazione entro il 31/12/2020	
6	1	Efficienza organizzativa	A	Indizione ed espletamento Gara di fornitura in outsourcing della gestione del protocollo e dei provvedimenti amministrativi	Proposta Delibera di aggiudicazione entro il 30/09/2021	Obiettivo condiviso tra Sistemi Informativi e AGP
7	3	Efficienza organizzativa	M	Predisposizione del Regolamento per l'inventariazione dei beni mobili	Trasmissione del Regolamento alla Direzione Amministrativa Aziendale	Obiettivo condiviso tra AGP e AGRF
8	3	Efficienza organizzativa	A	Definizione del Regolamento degli incentivi al personale dipendente nei casi di svolgimento delle funzioni tecniche di lavori, servizi e forniture	Predisposizione e trasmissione della Proposta di Regolamento alla Delegazione trattante, per il tramite della U.O. Rapporti con le OO.SS. Entro il 30/04/2021	Obiettivo condiviso tra AGT e AGP
9	3	Efficienza organizzativa	M	Standardizzazione della procedura per la pubblicazione delle Gare indette da AGT e AGP	Trasmissione del Procedurale alla Direzione Amministrativa entro il 31/07/2021	Obiettivo condiviso tra AGT e AGP
10	3 1	Efficienza organizzativa	A	Espletamento delle procedure di Gara per l'allestimento del nuovo Ospedale Monopoli-Fasano	Proposta di atti deliberativi entro 45 giorni dal ricevimento dei capitolati tecnici per mobili e arredi e per attrezzature tecnosanitarie	Obiettivo condiviso tra AGP e Ingegneria 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 Gennaio 2021

DIRETTORE AREA

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 rispetto all'alimentazione software WCP con % liste abbinate/determine/protocollo >= 80%	Giorni liquidazione fattura ≤ 40 dalla registrazione	Obiettivo rimodulabile in corso d'anno sulla base degli esiti previsti dalla Legge N.145/2018 e D.G.R. N. 1487/2019 Certificato dall'AGRF
2	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione	Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dal Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021-2023 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
3	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Trasparenza	Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui al Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021-2023	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009
4	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	
6	1	Efficienza operativa	M	Preparazione di modello di reportistica per la rendicontazione, da parte delle Case per la Vita e delle nuove RSA, delle presenze dei pazienti e delle prestazioni da allegare alle fatture	Utilizzo del modello di reportistica da parte di almeno l'80% delle strutture considerate (Case per la Vita e nuove RSA)	
7	3	Efficienza operativa	A	Sperimentazione della procedura di emissione ordini tramite NSO	Inserimento tripletta di identificazione Ordine NSO in fatture elettroniche entro il mese di Novembre 2021	
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 Gennaio 2021

**DIRETTORE AREA**

**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	15 Edizioni	Nella Relazione finale indicare data, luogo, sede e N. dipendenti formati
2	4	Formazione	B	Eventi formativi Rischi Specifici	10 Edizioni	Nella Relazione finale indicare data, luogo, sede e N. dipendenti formati
3	3	Efficienza organizzativa	M	Intervallo di tempo tra richiesta Documento Unico di Valutazione Rischi da Interferenze e consegna dello stesso alle Strutture competenti	≤ 15 giorni	Nella Relazione finale allegare report con: N. protocollo e data delle richieste, N. protocollo e data della consegna documento
4	4	Efficienza organizzativa	M	Aggiornamento dei D.V.R., Documento di Valutazione dei Rischi Incendio, Piano di Emergenza dei PP.OO.	N.1 Aggiornamento all'anno per Presidio	
5	4	Efficienza organizzativa	A	Aggiornamento dei D.V.R., Documento di Valutazione dei Rischi Incendio, Piano di Emergenza dei Distretti	N.1 Aggiornamento all'anno per Distretto	
6	4	Efficienza organizzativa	A	Aggiornamento dei D.V.R., Documento di Valutazione dei Rischi Incendio, Piano di Emergenza dei Dipartimenti Territoriali	N.1 Aggiornamento all'anno per Dipartimento Territoriale	
7	4	Efficienza organizzativa	M	Applicazione del protocollo operativo delle attività propedeutiche all'attivazione delle apparecchiature radiologiche per la parte di competenza.	Applicazione del protocollo nel 100% delle attivazioni	Obiettivo condiviso tra Ingegneria Clinica, Fisica Sanitaria e S.P.P. Certificato dalla Fisica Sanitaria
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 Gennaio 2021

**DIRETTORE U.O.C.**

**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 2021-2023 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 31/12/2021	La Procedura dovrà essere trasmessa a tutte le Macrostrutture e pubblicata sul sito Intranet aziendale. Obiettivo comune tra Sorveglianza Sanitaria (coordinatore) e AGRU

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**DIRETTORE U.O.C.**

**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 al controllo di gestione.
2 3	Clinical governance	A	Monitoraggio delle UU.OO. secondo la procedura aziendale di implementazione Racc. Ministeriali n. 1 adottata nel 2020	Report riepilogativo trimestrale ad opera dell'U.O. da inviare all'U.O. Controllo di Gestione	Elaborazione format di indicatori del monitoraggio da inviare alle unità operative coinvolte tramite Direzione Medica di Presidio
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 Bancadati Biomedica ClinicalKey con corsi di formazione in collaborazione con Elsevier (subordinato al rinnovo contrattuale da parte del Direttore Generale)	Almeno n. 4	Relazione report sugli eventi formativi. Subordinato al rinnovo contrattuale da parte del Direttore Generale
5 3 4	Formazione	B	Promozione di corsi di formazione sul Modello Sistemico Italiano di Gestione del rischio clinico in collaborazione con la LUISS	Almeno n. 1	Nella Relazione finale indicare la Proposta del Corso inviata all'Ufficio Formazione. Subordinato all'autorizzazione del Direttore Generale
6 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
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 2021-2023 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	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 2021-2023	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009
9 3	Efficienza organizzativa	A	Aggiornamento del Regolamento per la gestione assicurativa e amministrativa dei sinistri e delle controversie da responsabilità sanitaria	Proposta di Atto Deliberativo entro il 30/04/2021	Obiettivo condiviso tra SBL e UO Gestione del Rischio Clinico e Qualità
10 3	Sanità digitale	M	Realizzazione del portale di riferimento aziendale relativo alla sicurezza delle cure sulla base della normativa regionale e nazionale	Attivazione del Sito Internet entro il 31/12/2021	Obiettivo condiviso tra U.O.A.S.S.I. e U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità
11 3	Sanità digitale	M	Predisposizione del capitolato per la gara relativa all'implementazione di una piattaforma per la mappatura e la gestione del rischio sanitario.	Trasmissione del capitolato all'AGP	Obiettivo condiviso tra U.O.A.S.S.I. e U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità

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

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

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

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

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

**Sottoscritta nel Gennaio 2021**

**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 2021-2023 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
2	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Trasparenza	Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui al Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021-2023	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009
3	3	Efficienza organizzativa	M	Redazione Piano degli Investimenti 2022-2023 per la predisposizione del Bilancio di Previsione 2022 e Piano Pluriennale 2022-2023	Invio alla Direzione Strategica	Relativo alle apparecchiature elettromedicali
4	3	Efficienza organizzativa	A	Avvio del Servizio di Gestione e Manutenzione dei Servizi Integrati di apparecchiature elettromedicali a seguito dell'aggiudicazione della Gara regionale da parte del Soggetto Aggregatore	Trasmissione della Procedura per la Gestione e Manutenzione dei Servizi Integrati di apparecchiature elettromedicali alle Macrostrutture interessate entro il 31/03/2021	
5	3	Efficienza organizzativa	M	Applicazione del protocollo operativo delle attività propedeutiche all'attivazione delle apparecchiature radiologiche per la parte di competenza.	Applicazione del protocollo nel 100% delle attivazioni	Obiettivo condiviso tra Ingegneria Clinica, Fisica Sanitaria e S.P.P. Certificato dalla Fisica Sanitaria
6	3	Efficienza organizzativa	A	Predisposizione dei capitolati per le procedure di gara per attrezzature e beni del nuovo Ospedale di Monopoli-Fasano in coerenza con il	Predisposizione dei capitolati entro la tempistica indicata dal R.U.P.	Certificato dal R.U.P. (Direttore AGT)
7	3	Efficienza organizzativa	M	Predisposizione Capitolato di gara per la manutenzione e gestione dello strumentario chirurgico	Invio Capitolato all'AGP entro il 30/06/2021	
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 Gennaio 2021

DIRETTORE U.O.C.

DIRETTORE GENERALE

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture rispetto all'alimentazione software WCP con % liste abbinate/determine/protocollo >= 80%	Giorni liquidazione fattura ≤ 40 dalla registrazione	Obiettivo rimodulabile in corso d'anno sulla base degli esiti previsti dalla Legge N.145/2018 e D.G.R. N. 1487/2019 Certificato dall'AGRF
2	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione	Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dal Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021-2023 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
3	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Trasparenza	Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui al Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021-2023	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009
4	3	Efficienza organizzativa	M	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale	Riscontro entro 15 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo	Certificato dal Direttore Amministrativo Aziendale
5	1	Efficienza organizzativa	A	Dematerializzazione ciclo passivo	Implementazione a regime, entro il 30/06/2021, del fascicolo amministrativo elettronico per il ciclo passivo	Obiettivo condiviso tra Sistemi Informativi e AGRF
6	3	Efficienza organizzativa	A	Predisposizione del capitolato per la gara di gestione della "Server Farm" aziendale	Trasmissione del capitolato all'AGP	
7	3	Efficienza organizzativa	A	Predisposizione del capitolato per la gara di fornitura in outsourcing della gestione del protocollo e dei provvedimenti amministrativi	Trasmissione del capitolato all'AGP	Obiettivo condiviso tra Sistemi Informativi e AGP
8	3	Efficienza organizzativa	M	Ampliamento dell'offerta per il pagamento delle prestazioni attive del Dipartimento di Prevenzione tramite il sistema PagoPA	Totale incassi 2021 tramite il sistema PagoPA >0	Obiettivo condiviso con Sistemi Informativi e Direzione del Dipartimento di Prevenzione.
9	3	Sanità digitale	M	Realizzazione del portale di riferimento aziendale relativo alla sicurezza delle cure sulla base della normativa regionale e nazionale	Attivazione del Sito Internet entro il 31/12/2021	Obiettivo condiviso tra U.O.A.S.S.I. e U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità
10	3	Sanità digitale	M	Predisposizione del capitolato per la gara relativa all'implementazione di una piattaforma per la mappatura e la gestione del rischio sanitario.	Trasmissione del capitolato all'AGP	Obiettivo condiviso tra U.O.A.S.S.I. e U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**DIRETTORE U.O.C.**

**DIRETTORE GENERALE**

DIPARTIMENTO Servizi di Staff

UNITA' OPERATIVA UOC Controllo di Gestione

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione	Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dal Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021-2023 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
2	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Trasparenza	Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui al Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021-2023	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009
3	3	Efficienza 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 2021-2023	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	Monitoraggio Contratti chiusi/generici per Farmaci e Diagnostici in vitro	Report trimestrale	Da inviare alla Direzione del Dipartimento Gestione del
8	3	Efficienza organizzativa	M	Determinazione di un piano dei fabbisogni sperimentale della Neuro Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza	Relazione da trasmettere alla Direzione Strategica	Subordinato alla trasmissione della relazione sulla mappatura delle linee di attività da parte della NPIA alla Direzione Strategica ed al C.d.G. entro il 30/04/2020
9	1	Controllo della Spesa	M	Elaborazione del Piano Economico per la definizione di una tariffa relativa al Servizio di trasporto disabili da internalizzare	Trasmissione della Relazione alla Direzione Amministrativa	

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

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

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**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 Gennaio 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 - IRCCS 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 2021-2023 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 2021-2023	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 Gennaio 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 per cure palliative destinati a persone affette da malattie rare	Invio con mail della Procedura elaborata secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Obiettivo condiviso tra Centro Territoriale Malattie Rare (Coordinatore) e U.O.C. Cure Palliative. Allegare mail di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale
3	3	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	Invio con mail dei report di elaborazione relativi alla prescrizione con finalità autorizzativa e alla valutazione delle istanze di autorizzazione	

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**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 2020 proiettato all'anno	Certificata dalla U.O. Gestione Rapporti con Convenzionati
2	3	Efficienza organizzativa	B	Attivazione di un Osservatorio permanente con TM e CCFF per la definizione di protocolli operativi con Tribunale Minori e Consulori	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	Percentuale di nuovi pazienti afferenti alla NPIA con implementazione del PDTA Autismo sul totale dei nuovi pazienti	>=50%	Nella Relazione finale allegare Report riportante, per tutti i pazienti neodiagnosticati: Codice paziente SISM, attivazione del percorso (S/N) e stato di avanzamento del percorso
4 #	2 4	Efficienza organizzativa	M	Interventi di Teleriabilitazione o intervento in remoto nei Disturbi Neuropsichici	12.000 Prestazioni	Dati rilevabili da SISM (prestazioni identificate come Colloquio o Consulenza telefonica/online)
5	2	Clinical governance	M	Protocollo per il monitoraggio/follow-up evolutivo e terapia (gestione) del bambino/adolescente affetto da ADHD	Invio con mail del Protocollo elaborato secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Allegare mail di invio alla Relazione finale
6 #	3	Efficienza operativa	A	Numero Prestazioni ambulatoriali Psicologi (visita e somministrazione test)	> 5000 annue	Dati rilevabili da CUP
7	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 30/04/2021	

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

DIPARTIMENTO Dipartimento delle Dipendenze Patologiche

UNITA' OPERATIVA Dipartimento Dipendenze Patologiche - Direzione Dipartimento

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture rispetto all'alimentazione software WCP con % liste abbinate/determine/protocollo >= 80%	Giorni liquidazione fattura ≤ 40 dalla registrazione	Obiettivo rimodulabile in corso d'anno sulla base degli esiti previsti dalla Legge N.145/2018 e D.G.R. N. 1487/2019Certificato 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 2021-2023 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
3 3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Trasparenza	Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui al Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021-2023	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009
4 3	Clinical governance	M	Elaborazione di almeno 1 procedura del Dipartimento	Invio con mail della procedura secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Obiettivo dipartimentale condiviso e coordinato dal Direttore del Dipartimento. Allegare la mail di invio alla Relazione finale
5 2 3	Miglioramento della qualità percepita	B	Organizzazione e coordinamento della Somministrazione di questionari sulla qualità percepita dall'Utenza (50 questionari per SerD) con Relazione finale	Somministrazione di almeno 50 questionari per SerD con Relazione finale	Revisione del questionario entro 28/02; distribuzione a cura degli educatori e/o assist. sociali dei Ser.D. tra marzo e luglio; elaborazione dati a cura del DDP e redazione della relazione conclusiva con individuazione delle proposte correttive entro 31/12
6 2 4	Prevenzione primaria delle dipendenze	M	Elaborazione di testi multimediali utili per la prevenzione a distanza delle dipendenze patologiche presso gruppi di studenti, associazioni culturali, parrocchie, gruppi informali di giovani	Approvazione di n. 6 sideshow e relativi moduli interattiviorganizzazione di n. 2 videoconferenze preventive, 2 videoconferenze di supervisione, 2 videoconferenze curative	Invio con mail del testo prodotto secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità
7 2 3	Clinical governance	M	Implementazione delle azioni correttive individuate nella Relazione sulla qualità percepita relativa dell'anno 2021	Relazione sull'implementazione delle azioni correttive da inviare al Direttore Sanitario	Da allegare alla Relazione finale
8 3	Efficienza organizzativa	M	Audit periodico per la revisione trimestrale dei protocolli operativi interni	Relazione finale da inviare al Direttore UOC Rischio clinico	
9 3	Formazione	B	Partecipazione attiva di tutto il personale dei SerD e degli EE.AA convenzionati in servizio a sedute "on line" di aggiornamento e approfondimento di casi clinici reali	Coordinamento delle sedute on line e rilevazione dei risultati	Nella Relazione finale di fine anno indicare tipo degli eventi, numero dei partecipanti e argomenti affrontati
10 3	Formazione	B	Organizzazione di momento formativo "on line" per il personale del Dipartimento e degli Enti convenzionati ex D.P.R. 309/90 su problematiche di competenza della Dirigenza e del Comparto	Almeno 1 evento formativo	Nella Relazione finale di fine anno indicare tipo degli eventi, numero dei partecipanti e argomenti affrontati
11 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 Gennaio 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	3	Clinical governance	M	Elaborazione di almeno 1 procedura clinica "da remoto" da proporre alla direzione del Dipartimento per il successivo invio al nucleo GLARP	Invio con mail della procedura alla direzione DDP entro il 30 giugno 2020	Obiettivo coordinato dal Direttore del Dipartimento.
4	2 4	Prevenzione primaria delle dipendenze	M	Utilizzazione di testi multimediali utili per la prevenzione a distanza delle dipendenze patologiche almeno presso 3 gruppi di studenti, associazioni culturali, parrocchie, gruppi informali di giovani	Produzione di n. 3 slide showSvolgimento di n 3 videoconferenze	Invio alla direzione DDP delle relazioni sugli eventi svolti il 31 ottobre 2021
5	2 3	Miglioramento della qualità percepita	B	Somministrazione di questionari sulla qualità percepita dall'Utenza con Relazione finale	Somministrazione di almeno 50 questionari per SerD con Relazione finale	Revisione del questionario entro 28/02; distribuzione a cura degli educatori e/o assistenti sociali dei Ser.D. tra marzo e luglio;
6	2 3	Clinical governance	M	Implementazione delle azioni correttive individuate nella Relazione sulla qualità percepita relativa dell'anno 2020	Relazione da inviare al Direttore DDP sulle azioni correttive effettivamente applicate	Da allegare alla Relazione finale
7	3	Efficienza organizzativa	M	Audit periodico per la revisione trimestrale dei protocolli operativi interni	Relazione trimestrale da inviare al Direttore DDP sulle azioni correttive suggerite per il miglioramento dei protocolli	
8	3	Formazione	B	Partecipazione attiva di tutto il personale in servizio a sedute "on line" di aggiornamento e approfondimento di casi clinici reali	Organizzazione del personale e preparazione di casi clinici da discutere	Nella Relazione finale di fine anno indicare tipo degli eventi, numero dei partecipanti e argomenti affrontati
9	3	Formazione	B	Organizzazione di momento formativo "on line" per il personale del Dipartimento e degli Enti convenzionati ex D.P.R. 309/90 su problematiche di competenza della Dirigenza e del Comparto	Partecipazione del 50% degli operatori dei SerD	Nella Relazione finale di fine anno indicare tipo degli eventi, numero dei partecipanti e argomenti affrontati

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**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	3	Clinical governance	M	Elaborazione di almeno 1 procedura clinica "da remoto" da proporre alla direzione del Dipartimento per il successivo invio al nucleo GLARP	Invio con mail della procedura alla direzione DDP entro il 30 giugno 2020	Obiettivo coordinato dal Direttore del Dipartimento.
4	2 4	Prevenzione primaria delle dipendenze	M	Utilizzazione di testi multimediali utili per la prevenzione a distanza delle dipendenze patologiche almeno presso 3 gruppi di studenti, associazioni culturali, parrocchie, gruppi informali di giovani	Produzione di n. 3 slide show/Svolgimento di n 3 videoconferenze	Invio alla direzione DDP delle relazioni sugli eventi svolti il 31 ottobre 2021
5	2 3	Miglioramento della qualità percepita	B	Somministrazione di questionari sulla qualità percepita dall'Utenza con Relazione finale	Somministrazione di almeno 50 questionari per SerD con Relazione finale	Revisione del questionario entro 28/02; distribuzione a cura degli educatori e/o assistenti sociali dei Ser.D. tra marzo e luglio;
6	2 3	Clinical governance	M	Implementazione delle azioni correttive individuate nella Relazione sulla qualità percepita relativa dell'anno 2020	Relazione da inviare al Direttore DDP sulle azioni correttive effettivamente applicate	Da allegare alla Relazione finale
7	3	Efficienza organizzativa	M	Audit periodico per la revisione trimestrale dei protocolli operativi interni	Relazione trimestrale da inviare al Direttore DDP sulle azioni correttive suggerite per il miglioramento dei protocolli	
8	3	Formazione	B	Partecipazione attiva di tutto il personale in servizio a sedute "on line" di aggiornamento e approfondimento di casi clinici reali	Organizzazione del personale e preparazione di casi clinici da discutere	Nella Relazione finale di fine anno indicare tipo degli eventi, numero dei partecipanti e argomenti affrontati
9	3	Formazione	B	Organizzazione di momento formativo "on line" per il personale del Dipartimento e degli Enti convenzionati ex D.P.R. 309/90 su problematiche di competenza della Dirigenza e del Comparto	Partecipazione del 50% degli operatori dei SerD	Nella Relazione finale di fine anno indicare tipo degli eventi, numero dei partecipanti e argomenti affrontati

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture rispetto all'alimentazione software WCP con % liste abbinate/determine/protocollo >= 80%	Giorni liquidazione fattura ≤ 40 dalla registrazione	Obiettivo rimodulabile in corso d'anno sulla base degli esiti previsti dalla Legge N.145/2018 e D.G.R. N. 1487/2019Certificato dall'AGRF
2	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Trasparenza	Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui al Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021-2023	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009
3	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione	Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dal Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021-2023 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
4	3	Controllo della spesa	A	Monitoraggio della spesa dell'Assistenza Riabilitativa per malati e disturbati mentali da privato	Spesa 2020 nei limiti previsti dal Bilancio di Previsione	Certificato da AGRF
5	4	Clinical governance	B	Monitoraggio e verifica sulle Dimissioni volontarie presso gli S.P.D.C.	≤ 3%	Per la Direzione si riferisce alla media del Dipartim.
6	1	Formazione	B	Realizzazione di evento di presentazione della procedura aziendale sulla prevenzione del suicidio	Partecipazione >90% personale del DSM	Nella Relazione di fine anno descrivere data, sede, n. partecipanti
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	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	50% 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

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 4	Clinical governance	A	% Dimissioni volontarie	< 3%	
2 1	Formazione	B	Realizzazione di evento di presentazione della procedura aziendale sulla prevenzione del suicidio	Partecipazione >90% personale del DSM	Nella Relazione di fine anno descrivere data, sede, n. partecipanti
3 3	Appropriatezza setting assistenziale	A	Applicazione protocollo interno per le dimissioni concordate tra SPDC e CSM	N. dimissioni concordate di pazienti in carico/n.pazienti in carico ricoverati>80%	
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

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

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

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 4	Clinical governance	A	% Dimissioni volontarie	< 3%	
2 1	Formazione	B	Realizzazione di evento di presentazione della procedura aziendale sulla prevenzione del suicidio	Partecipazione >90% personale del DSM	Nella Relazione di fine anno descrivere data, sede, n. partecipanti
3 3	Appropriatezza setting assistenziale	A	Applicazione protocollo interno per le dimissioni concordate tra SPDC e CSM	N. dimissioni concordate di pazienti in carico/n.pazienti in carico ricoverati>80%	
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

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Appropriatezza setting assistenziale	A	Applicazione protocollo interno per le dimissioni concordate tra SPDC e CSM	N. dimissioni concordate di pazienti in carico/n.pazienti in carico ricoverati>80%	
2	3	Formazione	B	Realizzazione di evento di presentazione della procedura aziendale sulla prevenzione del suicidio	Partecipazione > 90% personale	Nella relazione da inviare al Direttore DSM indicare data e numero partecipanti
3	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
4	3	Clinical governance	A	Utilizzo scala standardizzata BPRS di valutazione degli esiti a livello territoriale	50% nuovi contatti	Scala da somministrare al primo contatto ed a 6 mesi
5	3	Appropriatezza setting assistenziale	A	Utilizzo della nuova Scheda redatta nel 2020 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
6	3	Clinical governance	M	Applicazione della Procedura redatta nel 2020 dal DSM per l'attività di accoglienza nel CSM	50% nuovi contatti	Nella relazione da inviare al Direttore DSM riportare il numero totale di contatti ed il numero di contatti con applicazione della Procedura

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Appropriatezza setting assistenziale	A	Applicazione protocollo interno per le dimissioni concordate tra SPDC e CSM	N. dimissioni concordate di pazienti in carico/n.pazienti in carico ricoverati>80%	
2	3	Formazione	B	Realizzazione di evento di presentazione della procedura aziendale sulla prevenzione del suicidio	Partecipazione > 90% personale	Nella relazione da inviare al Direttore DSM indicare data e numero partecipanti
3	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
4	3	Clinical governance	A	Utilizzo scala standardizzata BPRS di valutazione degli esiti a livello territoriale	50% nuovi contatti	Scala da somministrare al primo contatto ed a 6 mesi
5	3	Appropriatezza setting assistenziale	A	Utilizzo della nuova Scheda redatta nel 2020 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
6	3	Clinical governance	M	Applicazione della Procedura redatta nel 2020 dal DSM per l'attività di accoglienza nel CSM	50% nuovi contatti	Nella relazione da inviare al Direttore DSM riportare il numero totale di contatti ed il numero di contatti con applicazione della Procedura

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

DIPARTIMENTO Dipartimento di Salute Mentale  
 UNITA' OPERATIVA UOC DSM - CSM Area 3

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Appropriatezza setting assistenziale	A	Applicazione protocollo interno per le dimissioni concordate tra SPDC e CSM	N. dimissioni concordate di pazienti in carico/n.pazienti in carico ricoverati>80%	
2	3	Formazione	B	Realizzazione di evento di presentazione della procedura aziendale sulla prevenzione del suicidio	Partecipazione > 90% personale	Nella relazione da inviare al Direttore DSM indicare data e numero partecipanti
3	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
4	3	Clinical governance	A	Utilizzo scala standardizzata BPRS di valutazione degli esiti a livello territoriale	50% nuovi contatti	Scala da somministrare al primo contatto ed a 6 mesi
5	3	Appropriatezza setting assistenziale	A	Utilizzo della nuova Scheda redatta nel 2020 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
6	3	Clinical governance	M	Applicazione della Procedura redatta nel 2020 dal DSM per l'attività di accoglienza nel CSM	50% nuovi contatti	Nella relazione da inviare al Direttore DSM riportare il numero totale di contatti ed il numero di contatti con applicazione della Procedura

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

DIPARTIMENTO Dipartimento di Salute Mentale

UNITA' OPERATIVA UOC DSM - CSM Area 4

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Appropriatezza setting assistenziale	A	Applicazione protocollo interno per le dimissioni concordate tra SPDC e CSM	N. dimissioni concordate di pazienti in carico/n.pazienti in carico ricoverati>80%	
2	3	Formazione	B	Realizzazione di evento di presentazione della procedura aziendale sulla prevenzione del suicidio	Partecipazione > 90% personale	Nella relazione da inviare al Direttore DSM indicare data e numero partecipanti
3	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
4	3	Clinical governance	A	Utilizzo scala standardizzata BPRS di valutazione degli esiti a livello territoriale	50% nuovi contatti	Scala da somministrare al primo contatto ed a 6 mesi
5	3	Appropriatezza setting assistenziale	A	Utilizzo della nuova Scheda redatta nel 2020 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
6	3	Clinical governance	M	Applicazione della Procedura redatta nel 2020 dal DSM per l'attività di accoglienza nel CSM	50% nuovi contatti	Nella relazione da inviare al Direttore DSM riportare il numero totale di contatti ed il numero di contatti con applicazione della Procedura

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Appropriatezza setting assistenziale	A	Applicazione protocollo interno per le dimissioni concordate tra SPDC e CSM	N. dimissioni concordate di pazienti in carico/n.pazienti in carico ricoverati>80%	
2	3	Formazione	B	Realizzazione di evento di presentazione della procedura aziendale sulla prevenzione del suicidio	Partecipazione > 90% personale	Nella relazione da inviare al Direttore DSM indicare data e numero partecipanti
3	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
4	3	Clinical governance	A	Utilizzo scala standardizzata BPRS di valutazione degli esiti a livello territoriale	50% nuovi contatti	Scala da somministrare al primo contatto ed a 6 mesi
5	3	Appropriatezza setting assistenziale	A	Utilizzo della nuova Scheda redatta nel 2020 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
6	3	Clinical governance	M	Applicazione della Procedura redatta nel 2020 dal DSM per l'attività di accoglienza nel CSM	50% nuovi contatti	Nella relazione da inviare al Direttore DSM riportare il numero totale di contatti ed il numero di contatti con applicazione della Procedura

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

DIPARTIMENTO Dipartimento di Salute Mentale

UNITA' OPERATIVA UOC DSM - CSM Area 6

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Appropriatezza setting assistenziale	A	Applicazione protocollo interno per le dimissioni concordate tra SPDC e CSM	N. dimissioni concordate di pazienti in carico/n.pazienti in carico ricoverati>80%	
2	3	Formazione	B	Realizzazione di evento di presentazione della procedura aziendale sulla prevenzione del suicidio	Partecipazione > 90% personale	Nella relazione da inviare al Direttore DSM indicare data e numero partecipanti
3	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
4	3	Clinical governance	A	Utilizzo scala standardizzata BPRS di valutazione degli esiti a livello territoriale	50% nuovi contatti	Scala da somministrare al primo contatto ed a 6 mesi
5	3	Appropriatezza setting assistenziale	A	Utilizzo della nuova Scheda redatta nel 2020 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
6	3	Clinical governance	M	Applicazione della Procedura redatta nel 2020 dal DSM per l'attività di accoglienza nel CSM	50% nuovi contatti	Nella relazione da inviare al Direttore DSM riportare il numero totale di contatti ed il numero di contatti con applicazione della Procedura

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Appropriatezza setting assistenziale	A	Applicazione protocollo interno per le dimissioni concordate tra SPDC e CSM	N. dimissioni concordate di pazienti in carico/n.pazienti in carico ricoverati>80%	
2	3	Formazione	B	Realizzazione di evento di presentazione della procedura aziendale sulla prevenzione del suicidio	Partecipazione > 90% personale	Nella relazione da inviare al Direttore DSM indicare data e numero partecipanti
3	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
4	3	Clinical governance	A	Utilizzo scala standardizzata BPRS di valutazione degli esiti a livello territoriale	50% nuovi contatti	Scala da somministrare al primo contatto ed a 6 mesi
5	3	Appropriatezza setting assistenziale	A	Utilizzo della nuova Scheda redatta nel 2020 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
6	3	Clinical governance	M	Applicazione della Procedura redatta nel 2020 dal DSM per l'attività di accoglienza nel CSM	50% nuovi contatti	Nella relazione da inviare al Direttore DSM riportare il numero totale di contatti ed il numero di contatti con applicazione della Procedura

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**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	2	Clinical governance	B	Incontri con associazioni dei familiari presenti sul territorio per verifica modalità di collaborazione	Almeno due incontri	Nella Relazione finale descrivere data, sede, argomento e n. partecipanti
3	1	Controllo della spesa	A	Monitoraggio della spesa annua per residenzialità riabilitativa per DCA rispetto al budget assegnato	N. 1 Report relativo al I Semestre 2021 entro il 15/09/2021 N. 1 Report relativo all'anno 2021 entro 28/02/2022	Da inviare al Direttore del Dipartimento
4	4	Lotta allo stigma e inclusione sociale	B	Realizzazione di evento di lotta allo stigma e promozione della salute rivolto a utenti, operatori, popolazione	Almeno 3 eventi	Nella Relazione finale descrivere data, sede, argomento e n. partecipanti
5	3	Appropriatezza setting assistenziale	M	Valutazione e predisposizione con monitoraggio di PTR residenziali riabilitativi DCA di competenza ASL BA (comprese proroghe)	Relazione specialistica finale su PTR residenziali/utenti 2020 e confronto anni precedenti	
6	2 3	Clinical governance	M	N. Incontri di supervisione, monitoraggio delle attività svolte presso Punti Ascolto DCA	Almeno 3 incontri	Nella Relazione finale descrivere data, sede, argomento e n. partecipanti
7	3	Appropriatezza setting assistenziale	A	% pazienti presi in carico e/o rivalutati nel 2021 con applicazione protocollo di valutazione con scale standardizzate riconosciute nei DCA	> 80% dei pazienti presi in carico	
8	2	Clinical governance	M	Programma strutturato di Psicoeducazione per familiari di soggetti con DCA in carico alla UOSVD DCA	Almeno 5 incontri su tematiche specifiche	Nella Relazione finale allegare una relazione sintetica con Scheda programma con n. Incontri, date, tematiche generali e n. medio familiari presenti

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

DIPARTIMENTO Dipartimento di Salute Mentale

UNITA' OPERATIVA UOC DSM - Psicologia Clinica

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Appropriatezza setting assistenziale	A	Applicazione protocollo interno per le dimissioni concordate tra SPDC e CSM	N. dimissioni concordate di pazienti in carico/n.pazienti in carico ricoverati>80%	
2	3	Formazione	B	Realizzazione di evento di presentazione della procedura aziendale sulla prevenzione del suicidio	Partecipazione >90% personale	Nella relazione da inviare al Direttore DSM indicare data e numero partecipanti
3	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
4	3	Clinical governance	A	Utilizzo scala standardizzata BPRS di valutazione degli esiti a livello territoriale	50% nuovi contatti	Scala da somministrare al primo contatto ed a 6 mesi
5	3	Clinical governance	M	Applicazione della Procedura redatta nel 2020 dal DSM per l'attività di accoglienza nel CSM	50% nuovi contatti	Nella relazione da inviare al Direttore DSM riportare il numero totale di contatti ed il numero di contatti con applicazione della Procedura

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

DIPARTIMENTO Dipartimento di Prevenzione  
 UNITA' OPERATIVA **Dipartimento Prevenzione - Direzione Dipartimento**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture rispetto all'alimentazione software WCP con % liste abbinate/determine/protocollo >= 80%	Giorni liquidazione fattura ≤ 40 dalla registrazione	Obiettivo rimodulabile in corso d'anno sulla base degli esiti previsti dalla Legge N.145/2018 e D.G.R. N. 1487/2019Certificato 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 2021-2023 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
3	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Trasparenza	Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui al Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021-2023	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009
4	3	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. 3 verbali di incontri con MMG - Convenzione con farmacie di prossimità - Protocollo aziendale informativo ai soggetti vaccinatori interni ed esterni - Relazione su campagna informativa	Da allegare alla relazione finale
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	3	Efficienza organizzativa	M	Ampliamento dell'offerta per il pagamento delle prestazioni attive del Dipartimento di Prevenzione tramite il sistema PagoPA	Totale incassi 2021 tramite il sistema PagoPA >0	Obiettivo condiviso con Sistemi Informativi e Direzione del Dipartimento di Prevenzione.

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture rispetto all'alimentazione software WCP con % liste abbinate/determine/protocollo >= 80%	Giorni consegna alla Direzione del Dipartimento della determina di liquidazione < 15 gg dalla registrazione delle fatture	Data di consegna della determina al Dipartimento di Prevenzione. Certificato dalla Direzione del Dipartimento
2	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione	Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dal Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021-2023 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
3	3	Qualità flussi informativi	M	Flussi informativi trasmessi entro i termini previsti / totale flussi informativi di competenza	100%	Obiettivo certificato dalla Direzione del Dipartimento
4	3	Percorso attuativo Certificabilità degli Enti del SSR	M	Trasmissione dei prospetti trimestrali di rendicontazione dei Servizi/Prestazioni erogati dal Dipartimento come da Manuale delle Procedure amministrativo-contabili (pagg.31-33)	Trasmissione di N. 4 Prospetti Trimestrali	Certificato da AGRF
5	3	Efficienza organizzativa	M	Monitoraggio attività libero professionale per la verifica del rispetto del vincolo di non superamento dei volumi di attività istituzionale	Riscontro alle richieste formulate da Macroarea ALPI D3 relative all'invio mensile dei volumi di attività ALPI con la dichiarazione dei volumi mensili di attività istituz. corrispondenti	Allegare Note di riscontro nella Relazione finale
8 #	3	Potenziamento attività di Sorveglianza e Prevenzione Malattie Infettive Trasmissibili	A	Vaccinazione antimeningococco B: completamento 3' dose su Coorte 2019	80%	
9 #	3	Potenziamento attività di Sorveglianza e Prevenzione Malattie Infettive Trasmissibili	A	Vaccinazione antimeningococco Tetravalente Coorte 2007	70%	
11	3	Potenziamento attività di controllo	A	Attività verificate ad alto rischio ex D.Lgs 222/2016/totale attività ad Alto rischio ex D.Lgs 222/2016	20%	Triennio 2019/2021
12	3	Potenziamento attività di controllo	A	N. Piscine Pubbliche o Private Controllate/N. Totale Piscine Pubbliche o Private Censite	100%	Come da Programma Regionale, giusta nota della Regione Puglia AOO 152/2205 del 30.6.2020
13	3	Efficienza organizzativa	M	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale	Riscontro entro 5 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore del Dipartimento	Certificato dal Direttore del Dipartimento

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

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

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture rispetto all'alimentazione software WCP con % liste abbinate/determine/protocollo >= 80%	Giorni consegna alla Direzione del Dipartimento della determina di liquidazione < 15 gg dalla registrazione delle fatture	Data di consegna della determina al Dipartimento di Prevenzione. Certificato dalla Direzione del Dipartimento
2	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione	Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dal Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021-2023 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
3	3	Qualità flussi informativi	M	Flussi informativi trasmessi entro i termini previsti / totale flussi informativi di competenza	100%	Obiettivo certificato dalla Direzione del Dipartimento
4	3	Percorso attuativo Certificabilità degli Enti del SSR	M	Trasmissione dei prospetti trimestrali di rendicontazione dei Servizi/Prestazioni erogati dal Dipartimento come da Manuale delle Procedure amministrativo-contabili (pagg.31-33)	Trasmissione di N. 4 Prospetti Trimestrali	Certificato da AGRF
5	3	Efficienza organizzativa	M	Monitoraggio attività libero professionale per la verifica del rispetto del vincolo di non superamento dei volumi di attività istituzionale	Riscontro alle richieste formulate da Macroarea ALPI D3 relative all'invio mensile dei volumi di attività ALPI con la dichiarazione dei volumi mensili di attività istituz. corrispondenti	Allegare Note di riscontro nella Relazione finale
6 #	3	Potenziamento attività di Sorveglianza e Prevenzione Malattie Infettive Trasmissibili	A	Vaccinazione antimeningococco B: completamento 3' dose su Coorte 2019	80%	
7 #	3	Potenziamento attività di Sorveglianza e Prevenzione Malattie Infettive Trasmissibili	A	Vaccinazione antimeningococco Tetravalente Coorte 2007	70%	
8	3	Potenziamento attività di controllo	A	Attività verificate ad alto rischio ex D.Lgs 222/2016/totale attività ad Alto rischio ex D.Lgs 222/2016	20%	Triennio 2019/2021
9	3	Potenziamento attività di controllo	A	N. Piscine Pubbliche o Private Controllate/N. Totale Piscine Pubbliche o Private Censite	100%	Come da Programma Regionale, giusta nota della Regione Puglia AOO 152/2205 del 30.6.2020
10	3	Efficienza organizzativa	M	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale	Riscontro entro 5 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore del Dipartimento	Certificato dal Direttore del Dipartimento

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

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

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture rispetto all'alimentazione software WCP con % liste abbinate/determine/protocollo >= 80%	Giorni consegna alla Direzione del Dipartimento della determina di liquidazione < 15 gg dalla registrazione delle fatture	Data di consegna della determina al Dipartimento di Prevenzione. Certificato dalla Direzione del Dipartimento
2	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione	Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dal Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021-2023 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
3	3	Qualità flussi informativi	M	Flussi informativi trasmessi entro i termini previsti / totale flussi informativi di competenza	100%	Obiettivo certificato dalla Direzione del Dipartimento
4	3	Percorso attuativo Certificabilità degli Enti del SSR	M	Trasmissione dei prospetti trimestrali di rendicontazione dei Servizi/Prestazioni erogati dal Dipartimento come da Manuale delle Procedure amministrativo-contabili (pagg.31-33)	Trasmissione di N. 4 Prospetti Trimestrali	Certificato da AGRF
5	3	Efficienza organizzativa	M	Monitoraggio attività libero professionale per la verifica del rispetto del vincolo di non superamento dei volumi di attività istituzionale	Riscontro alle richieste formulate da Macroarea ALPI D3 relative all'invio mensile dei volumi di attività ALPI con la dichiarazione dei volumi mensili di attività istituz. corrispondenti	Allegare Note di riscontro nella Relazione finale
6 #	3	Potenziamento attività di Sorveglianza e Prevenzione Malattie Infettive Trasmissibili	A	Vaccinazione antimeningococco B: completamento 3' dose su Coorte 2019	80%	
7 #	3	Potenziamento attività di Sorveglianza e Prevenzione Malattie Infettive Trasmissibili	A	Vaccinazione antimeningococco Tetravalente Coorte 2007	70%	
8	3	Potenziamento attività di controllo	A	Attività verificate ad alto rischio ex D.Lgs 222/2016/totale attività ad Alto rischio ex D.Lgs 222/2016	20%	Triennio 2019/2021
9	3	Potenziamento attività di controllo	A	N. Piscine Pubbliche o Private Controllate/N. Totale Piscine Pubbliche o Private Censite	100%	Come da Programma Regionale, giusta nota della Regione Puglia AOO 152/2205 del 30.6.2020
10	3	Efficienza organizzativa	M	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale	Riscontro entro 5 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore del Dipartimento	Certificato dal Direttore del Dipartimento

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

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

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture rispetto all'alimentazione software WCP con % liste abbinate/determine/protocollo >= 80%	Giorni consegna alla Direzione del Dipartimento della determina di liquidazione < 15 gg dalla registrazione delle fatture	Data di consegna della determina al Dipartimento di Prevenzione. Certificato dalla Direzione del Dipartimento
2	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione	Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dal Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021-2023 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
3	3	Percorso attuativo Certificabilità degli Enti del SSR	M	Trasmissione dei prospetti trimestrali di rendicontazione dei Servizi/Prestazioni erogati dal Dipartimento come da Manuale delle Procedure amministrativo-contabili (pagg.31-33)	Trasmissione di N. 4 Prospetti Trimestrali	Certificato da AGRF
4	3	Qualità flussi informativi	M	Flussi informativi trasmessi entro i termini previsti / totale flussi informativi di competenza	100%	Obiettivo certificato dalla Direzione del Dipartimento
5	2	Miglioramento della qualità percepita	B	N° questionari predisposti dalla Direz. del Dipartimento per la rilevazione della qualità percepita somministrati all'utenza	≥ 50	Elaboraz. dati e relazione conclusiva con individuazione di eventuali proposte correttive a cura dell'UO da inviare entro il 31/12 alla Direz. del Dipartimento
6	3	Efficienza dei Servizi di Prevenzione	A	N. aziende ispezionate/N. aziende con dipendenti	4%	Subordinato alla integrazione della dotazione organica Spesal di cui alla DDG 1178 del 5/7/2019
7	3	Salute e sicurezza nei luoghi di lavoro: Piano edilizia	A	Percentuale di cantieri ispezionati sul territorio aziendale/Tot. Cantieri notificati sul territorio aziendale nell'anno precedente	> 10%	Report riepilogativo da inviare al Direttore del Dipartimento. Fonte: Registri di attività
8	3	Salute e sicurezza nei luoghi di lavoro: rischio chimico/cancerogeni	A	Numero di aziende verificate per rischio da chemicals, con particolare riferimento al comparto metalmeccanica	40	Report riepilogativo da inviare al Direttore del Dipartimento. Fonte: Registri di attività
9	3	Salute e sicurezza nei luoghi di lavoro: Piano MSK	A	Numero di aziende verificate per il rischio MSK	40	Report riepilogativo da inviare al Direttore del Dipartimento. Fonte: Registri di attività
10	3	Efficienza organizzativa	M	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale	Riscontro entro 5 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore del Dipartimento	Certificato dal Direttore del Dipartimento

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture rispetto all'alimentazione software WCP con % liste abbinate/determine/protocollo >= 80%	Giorni consegna alla Direzione del Dipartimento della determina di liquidazione < 15 gg dalla registrazione delle fatture	Data di consegna della determina al Dipartimento di Prevenzione. Certificato dalla Direzione del Dipartimento
2	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione	Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dal Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021-2023 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
3	3	Percorso attuativo Certificabilità degli Enti del SSR	M	Trasmissione dei prospetti trimestrali di rendicontazione dei Servizi/Prestazioni erogati dal Dipartimento come da Manuale delle Procedure amministrativo-contabili (pagg.31-33)	Trasmissione di N. 4 Prospetti Trimestrali	Certificato da AGRF
4	3	Salute e sicurezza nei luoghi di lavoro nelle attività agricole e zootecniche	A	Numero di aziende agricole e zootecniche con dipendenti vigilate nell'annualità di riferimento	35	Report riepilogativo da inviare al Direttore del Dipartimento. Fonte: Registri di attività
5	3	Qualità flussi informativi	M	Flussi informativi trasmessi entro i termini previsti / totale flussi informativi di competenza	100%	Obiettivo certificato dalla Direzione del Dipartimento
6	2	Miglioramento della qualità percepita	B	N° questionari predisposti dalla Direz. del Dipartimento per la rilevazione della qualità percepita somministrati all'utenza	≥ 50	Elaboraz. dati e relazione conclusiva con individuazione di eventuali proposte correttive a cura dell'UO da inviare entro il 31/12 alla Direz. del Dipartimento
7	3	Efficienza dei Servizi di Prevenzione	A	N. aziende ispezionate/N. aziende con dipendenti	4%	Subordinato alla integrazione della dotazione organica Spesal di cui alla DDG 1178 del 5/7/2019
8	3	Salute e sicurezza nei luoghi di lavoro: Piano edilizia	A	Percentuale di cantieri ispezionati sul territorio aziendale/Tot. Cantieri notificati sul territorio aziendale nell'anno precedente	> 7%	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	15	Report riepilogativo da inviare al Direttore del Dipartimento. Fonte: Registri di attività
10	3	Salute e sicurezza nei luoghi di lavoro: Piano MSK	A	Numero di aziende verificate per il rischio MSK	30	Report riepilogativo da inviare al Direttore del Dipartimento. Fonte: Registri di attività
11	3	Efficienza organizzativa	M	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale	Riscontro entro 5 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore del Dipartimento	Certificato dal Direttore del Dipartimento

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

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

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture rispetto all'alimentazione software WCP con % liste abbinate/determine/protocollo >= 80%	Giorni consegna alla Direzione del Dipartimento della determina di liquidazione < 15 gg dalla registrazione delle fatture	Data di consegna della determina al Dipartimento di Prevenzione. Certificato dalla Direzione del Dipartimento
2	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione	Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dal Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021-2023 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
3	3	Percorso attuativo Certificabilità degli Enti del SSR	M	Trasmissione dei prospetti trimestrali di rendicontazione dei Servizi/Prestazioni erogati dal Dipartimento come da Manuale delle Procedure amministrativo-contabili (pagg.31-33)	Trasmissione di N. 4 Prospetti Trimestrali	Certificato da AGRF
4	3	Salute e sicurezza nei luoghi di lavoro nelle attività agricole e zootecniche	A	Numero di aziende agricole e zootecniche con dipendenti vigilate nell'annualità di riferimento	35	Report riepilogativo da inviare al Direttore del Dipartimento. Fonte: Registri di attività
5	3	Qualità flussi informativi	M	Flussi informativi trasmessi entro i termini previsti / totale flussi informativi di competenza	100%	Obiettivo certificato dalla Direzione del Dipartimento
6	2	Miglioramento della qualità percepita	B	N° questionari predisposti dalla Direz. del Dipartimento per la rilevazione della qualità percepita somministrati all'utenza	≥ 50	Elaboraz. dati e relazione conclusiva con individuazione di eventuali proposte correttive a cura dell'UO da inviare entro il 31/12 alla Direz. del Dipartimento
7	3	Efficienza dei Servizi di Prevenzione	A	N. aziende ispezionate/N. aziende con dipendenti	4%	Subordinato alla integrazione della dotazione organica Spesal di cui alla DDG 1178 del 5/7/2019
8	3	Salute e sicurezza nei luoghi di lavoro: Piano edilizia	A	Percentuale di cantieri ispezionati sul territorio aziendale/Tot. Cantieri notificati sul territorio aziendale nell'anno precedente	> 6%	Report riepilogativo da inviare al Direttore del Dipartimento. Fonte: Registri di attività
9	3	Salute e sicurezza nei luoghi di lavoro: Piano agricoltura	A	Numero di aziende agricole o zootecniche con dipendenti vigilate nell'anno	35	Report riepilogativo da inviare al Direttore del Dipartimento. Fonte: Registri di attività
10	3	Salute e sicurezza nei luoghi di lavoro: rischio chimico/cancerogeni	A	Numero di aziende verificate per rischio da agenti chimici/cancerogeni	35	Report riepilogativo da inviare al Direttore del Dipartimento. Fonte: Registri di attività
11	3	Salute e sicurezza nei luoghi di lavoro: rischio chimico/cancerogeni	A	Eventi formativi relativi al comparto Plastica	N. 2 eventi	Nella Relazione di fine anno descrivere data, sede, argomento e n. partecipanti
12	3	Efficienza organizzativa	M	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale	Riscontro entro 5 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore del Dipartimento	Certificato dal Direttore del Dipartimento

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture rispetto all'alimentazione software WCP con % liste abbinate/determine/protocollo >= 80%	Giorni consegna alla Direzione del Dipartimento della determina di liquidazione < 15 gg dalla registrazione delle fatture	Data di consegna della determina al Dipartimento di Prevenzione. Certificato dalla Direzione del Dipartimento
2	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione	Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dal Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021-2023 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
3	3	Percorso attuativo Certificabilità degli Enti del SSR	M	Trasmissione dei prospetti trimestrali di rendicontazione dei Servizi/Prestazioni erogati dal Dipartimento come da Manuale delle Procedure amministrativo-contabili (pagg.31-33)	Trasmissione di N. 4 Prospetti Trimestrali	Certificato da AGRF
4	3	Efficienza organizzativa	M	Monitoraggio attività libero professionale per la verifica del rispetto del vincolo di non superamento dei volumi di attività istituzionale	Riscontro alle richieste formulate da Macroarea ALPI D3 relative all'invio mensile dei volumi di attività ALPI con la dichiarazione dei volumi mensili di attività istituz. corrispondenti	Allegare Note di riscontro nella Relazione finale
5	3	Efficienza Organizzativa	B	Monitoraggio del grado di raggiungimento degli obiettivi	Trasmissione 2 Report semestrali	Da inviare via mail alla Direzione del Dipartimento e da allegare alla Relazione finale 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	Formazione	A	Formazione operatori di settore Alimentare (OSA)	Organizzazione di almeno un corso di educazione alimentare al personale di cucina nella ristorazione scolastica	Nella Relazione di fine anno descrivere data, sede, argomento e n. partecipanti
10	3	Promozione sicurezza alimentare	A	Controlli congiunti con SIAV B su ristorazione scolastica e Socio Assistenziale	Almeno 4 verifiche	Obiettivo condiviso con U.O.C. SIAV B
11	3	Implementazione Piano Regionale CC.UU. di residui di prodotti fitosanitari	A	Controlli ispettivi e documentali e prelievo campioni operati/totale controlli ispettivi e documentali e prelievo campioni	0.8	
12	3	Efficienza organizzativa	M	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale	Riscontro entro 5 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore del Dipartimento	Certificato dal Direttore del Dipartimento

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture rispetto all'alimentazione software WCP con % liste abbinate/determine/protocollo >= 80%	Giorni consegna alla Direzione del Dipartimento della determina di liquidazione < 15 gg dalla registrazione delle fatture	Data di consegna della determina al Dipartimento di Prevenzione. Certificato dalla Direzione del Dipartimento
2	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione	Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dal Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021-2023 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
3	3	Percorso attuativo Certificabilità degli Enti del SSR	M	Trasmissione dei prospetti trimestrali di rendicontazione dei Servizi/Prestazioni erogati dal Dipartimento come da Manuale delle Procedure amministrativo-contabili (pagg.31-33)	Trasmissione di N. 4 Prospetti Trimestrali	Certificato da AGRF
4	3	Efficienza organizzativa	M	Monitoraggio attività libero professionale per la verifica del rispetto del vincolo di non superamento dei volumi di attività istituzionale	Riscontro alle richieste formulate da Macroarea ALPI D3 relative all'invio mensile dei volumi di attività ALPI con la dichiarazione dei volumi mensili di attività istituz. corrispondenti	Allegare Note di riscontro nella Relazione finale
5	3	Efficienza Organizzativa	B	Monitoraggio del grado di raggiungimento degli obiettivi	Trasmissione 2 Report semestrali	Da inviare via mail alla Direzione del Dipartimento e da allegare alla Relazione finale 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	Organizzazione e realizzazione di un corso su procedure semplificate autocontrollo per micro-imprese	Realizzazione di un corso	Nella Relazione di fine anno descrivere data, sede, argomento e n. partecipanti
10	3	Promozione sicurezza alimentare	M	Controlli congiunti con SIAV B su industrie alimentari, ristorazione scolastica e Socio Assistenziale	Almeno 4 verifiche	Obiettivo condiviso con U.O.C. SIAV B
11	3	Efficienza organizzativa	M	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale	Riscontro entro 5 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore del Dipartimento	Certificato dal Direttore del Dipartimento

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture rispetto all'alimentazione software WCP con % liste abbinate/determine/protocollo >= 80%	Giorni consegna alla Direzione del Dipartimento della determina di liquidazione < 15 gg dalla registrazione delle fatture	Data di consegna della determina al Dipartimento di Prevenzione. Certificato dalla Direzione del Dipartimento
2	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione	Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dal Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021-2023 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
3	3	Percorso attuativo Certificabilità degli Enti del SSR	M	Trasmissione dei prospetti trimestrali di rendicontazione dei Servizi/Prestazioni erogati dal Dipartimento come da Manuale delle Procedure amministrativo-contabili (pagg.31-33)	Trasmissione di N. 4 Prospetti Trimestrali	Certificato da AGRF
4	3	Efficienza organizzativa	M	Monitoraggio attività libero professionale per la verifica del rispetto del vincolo di non superamento dei volumi di attività istituzionale	Riscontro alle richieste formulate da Macroarea ALPI D3 relative all'invio mensile dei volumi di attività ALPI con la dichiarazione dei volumi mensili di attività istituz. corrispondenti	Allegare Note di riscontro nella Relazione finale
5	3	Efficienza Organizzativa	B	Monitoraggio del grado di raggiungimento degli obiettivi	Trasmissione 2 Report semestrali	Da inviare via mail alla Direzione del Dipartimento e da allegare alla Relazione finale 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 riguardante i MOCA	Nella Relazione di fine anno descrivere data, sede, argomento e n. partecipanti
8	3	Formazione	M	Formazione operatori di settore Alimentare (OSA)	Organizzazione di almeno un Corso per Macroarea riguardante Celiachia/Allergie alimentari	DGR n.2272/2012 Nella Relazione di fine anno descrivere data, sede, argomento e n. partecipanti
9	3	Promozione sicurezza alimentare	A	Controlli su attività di deposito produzione e commercializzazione MOCA	Almeno 5 controlli	PRC 2018-2020
10	3	Promozione sicurezza alimentare	A	Controlli congiunti con SIAV B su ristorazione scolastica e Socio Assistenziale	Almeno 3 verifiche	Obiettivo condiviso con U.O.C. SIAV B
11	3	Efficienza organizzativa	M	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale	Riscontro entro 5 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore del Dipartimento	Certificato dal Direttore del Dipartimento

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note	
1	1	A	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture rispetto all'alimentazione software WCP con % liste abbinate/determine/protocollo >= 80%	Giorni consegna alla Direzione del Dipartimento della determina di liquidazione < 15 gg dalla registrazione delle fatture	Data di consegna della determina al Dipartimento di Prevenzione. Certificato dalla Direzione del Dipartimento
2	3	M	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione	Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dal Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021-2023 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
3	3	M	Percorso attuativo Certificabilità degli Enti del SSR	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	M	Efficienza organizzativa	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	B	Efficienza Organizzativa	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	M	Qualità flussi informativi	Flussi informativi trasmessi entro i termini previsti / totale flussi informativi di competenza	100%	Obiettivo certificato dalla Direzione del Dipartimento
7	3	A	Controllo e contenimento randagismo	cani randagi catturati identificati ed iscritti Anagrafe Canina Regionale / cani randagi catturati	100%	
8	3	A	Controlli sugli allevamenti	allevamenti ovini controllati per Scrapie classica / tot.allevamenti ovini	100%	
9	3	A	Controlli sugli allevamenti	allevamenti controllati per TBC e LEB bovina / tot.allev. Bovini	100%	
10	3	A	Controlli sugli allevamenti	allevamenti controllati per BR ovi-caprina / tot.allevamenti ovi-caprini	100%	
11	3	A	Controlli sugli allevamenti	allevamenti controllati semestralmente per BR bovina / tot.allev.bovini	100%	
12	3	A	Implementazione Piano straordinario regionale di prevenzione e controllo MVS	allevamenti controllati per MVS / tot.allevamenti suini	100%	
13	3	A	Controlli sugli allevamenti	allevamenti equini controllati / tot. allevamenti equini presenti in anagrafe	≥ 5%	
14	3	A	Controlli sugli allevamenti	modello 4 elettronico / modello 4 movimentazione equidi richiesti	≥ 20%	
15	2	B	Miglioramento della qualità percepita	N° questionari predisposti dalla Direz. del Dipartimento per la rilevazione della qualità percepita somministrati all'utenza	≥ 50	Elaboraz. dati e relaz. conclusiva con individuaz. event. prop. corrett. a cura dell'UO da inviare entro 31/12 alla Dir. Dip.
16	3	A	Riduzione costi	Costi utilizzo mezzo proprio 2021 / costi utilizzo mezzo proprio 2020	<= 0,90	Certificato dalla Direzione del Dipartimento
17	3	M	Efficienza organizzativa	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale	Riscontro entro 5 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore del Dipartimento	Certificato dal Direttore del Dipartimento

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture rispetto all'alimentazione software WCP con % liste abbinate/determine/protocollo >= 80%	Giorni consegna alla Direzione del Dipartimento della determina di liquidazione < 15 gg dalla registrazione delle fatture	Data di consegna della determina al Dip. di Prevenzione. Certificato dalla Direzione del Dipartimento
2	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione	Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dal Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021-2023 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
3	3	Percorso attuativo Certificabilità degli Enti del SSR	M	Trasmissione dei prospetti trimestrali di rendicontazione dei Servizi/Prestazioni erogati dal Dipartimento come da Manuale delle Procedure amministrativo-contabili (pagg.31-33)	Trasmissione di N. 4 Prospetti Trimestrali	Certificato da AGRF
4	3	Efficienza organizzativa	M	Monitoraggio attività libero professionale per la verifica del rispetto del vincolo di non superamento dei volumi di attività istituzionale	Riscontro alle richieste formulate da Macroarea ALPI D3 relative all'invio mensile dei volumi di attività ALPI con la dichiarazione dei volumi mensili di attività istituz. corrispondenti	Allegare Note di riscontro nella Relazione finale
5	3	Efficienza Organizzativa	B	Monitoraggio del grado di raggiungimento degli obiettivi	Trasmissione 2 Report semestrali	Da inviare via mail alla Dir. del Dipartimento e da allegare alla Relazione finale da trasmettere al Dir. del Dip. di Prevenzione
6	3	Qualità flussi informativi	M	Flussi informativi trasmessi entro i termini previsti / totale flussi informativi di competenza	100%	Obiettivo certificato dalla Direzione del Dipartimento
7	3	Controllo e contenimento randagismo	A	cani randagi catturati identificati ed iscritti Anagrafe Canina Regionale / cani randagi catturati	100%	
8	3	Controlli sugli allevamenti	A	allevamenti ovini controllati per Scrapie classica / tot.allevamenti ovini	100%	
9	3	Controlli sugli allevamenti	A	allevamenti controllati per TBC e LEB bovina / tot.allev. Bovini	100%	in riferimento alla LEB si rimanda alla Nota Regionale del 07-giugno-2020 Prot.AOO_152/2544
10	3	Controlli sugli allevamenti	A	allevamenti controllati per BR ovi-caprina / tot.allevamenti ovi-caprini	100%	
11	3	Controlli sugli allevamenti	A	allevamenti controllati semestralmente per BR bovina / tot.allev.bovini	100%	
12	3	Implementazione Piano straordinario regionale di prevenzione e controllo MVS	A	allevamenti controllati per MVS / tot.allevamenti suini	100%	
13	3	Controlli sugli allevamenti	A	allevamenti equini controllati / tot. allevamenti equini in anagrafe	≥ 5%	
14	3	Controlli sugli allevamenti	A	modello 4 elettronico / modello 4 movimentazione equidi richiesti	≥ 20%	
15	2	Miglioramento della qualità percepita	B	N° questionari predisposti dalla Direz. del Dipartimento per la rilevazione della qualità percepita somministrati all'utenza	≥ 50	Elaboraz.dat e relaz.conclusiva con individuaz. event. prop.corrett. a cura dell'UO da inviare entro 31/12 alla Dir.Dip.
16	3	Riduzione costi	A	Costi utilizzo mezzo proprio 2021 / costi utilizzo mezzo proprio 2020	<= 0,90	Certificato dalla Direzione del Dipartimento
17	3	Efficienza organizzativa	M	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale	Riscontro entro 5 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore del Dipartimento	Certificato dal Direttore del Dipartimento

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture rispetto all'alimentazione software WCP con % liste abbinate/determine/protocollo >= 80%	Giorni consegna alla Direzione del Dipartimento della determina di liquidazione < 15 gg dalla registrazione delle fatture	Data di consegna della determina al Dipartimento di Prevenzione. Certificato dalla Direzione del Dipartimento
2	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione	Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dal Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021-2023 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
3	3	Percorso attuativo Certificabilità degli Enti del SSR	M	Trasmissione dei prospetti trimestrali di rendicontazione dei Servizi/Prestazioni erogati dal Dipartimento come da Manuale delle Procedure amministrativo-contabili (pagg.31-33)	Trasmissione di N. 4 Prospetti Trimestrali	Certificato da AGRF
4	3	Efficienza organizzativa	M	Monitoraggio attività libero professionale per la verifica del rispetto del vincolo di non superamento dei volumi di attività istituzionale	Riscontro alle richieste formulate da Macroarea ALPI D3 relative all'invio mensile dei volumi di attività ALPI con la dichiarazione dei volumi mensili di attività istituz. corrispondenti	Allegare Note di riscontro nella Relazione finale
5	3	Efficienza Organizzativa	B	Monitoraggio del grado di raggiungimento degli obiettivi	Transmission 2 Report semestrali	Da inviare via mail alla Dir. del Dipartimento e da allegare alla Relazione finale da trasmettere al Dir. del Dip. di Prevenzione
6	3	Qualità flussi informativi	M	Flussi informativi trasmessi entro i termini previsti / totale flussi informativi di competenza	100%	Obiettivo certificato dalla Direzione del Dipartimento
7	3	Controllo e contenimento randagismo	A	cani randagi catturati identificati ed iscritti Anagrafe Canina Regionale / cani randagi catturati	100%	
8	3	Controlli sugli allevamenti	A	allevamenti ovini controllati per Scrapie classica / tot.allevamenti ovini	100%	
9	3	Controlli sugli allevamenti	A	allevamenti controllati per TBC e LEB bovina / tot.allev. Bovini	100%	
10	3	Controlli sugli allevamenti	A	allevamenti controllati per BR ovi-caprina / tot.allevamenti ovi-caprini	100%	
11	3	Controlli sugli allevamenti	A	allevamenti controllati semestralmente per BR bovina / tot. allev. bovini	100%	
12	3	Implementazione Piano straordinario regionale di prevenzione e controllo MVS	A	allevamenti controllati per MVS / tot.allevamenti suini	100%	
13	3	Controlli sugli allevamenti	A	allevamenti equini controllati / tot. allevamenti equini presenti in anagrafe	≥ 5%	
14	3	Controlli sugli allevamenti	A	modello 4 elettronico / modello 4 movimentazione equidi richiesti	≥ 20%	
15	2	Miglioramento della qualità percepita	B	N° questionari predisposti dalla Direz. del Dipartimento per la rilevazione della qualità percepita somministrati all'utenza	≥ 50	Elaboraz. dati e relaz. conclusiva con individuaz. event. prop. correttive a cura dell'UO da inviare entro 31/12 alla Dir. Dipartim.
16	3	Riduzione costi	A	Costi utilizzo mezzo proprio 2021 / costi utilizzo mezzo proprio 2020	<= 0,90	Certificato dalla Direzione del Dipartimento
17	3	Efficienza organizzativa	M	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale	Riscontro entro 5 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore del Dipartimento	Certificato dal Direttore del Dipartimento

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**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 2021-2023 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
3	3	Efficienza organizzativa	M	Monitoraggio attività libero professionale per la verifica del rispetto del vincolo di non superamento dei volumi di attività istituzionale	Riscontro alle richieste formulate da Macroarea ALPI D3 relative all'invio mensile dei volumi di attività ALPI con la dichiarazione dei volumi mensili di attività istituz.corrispondenti	Allegare Note di riscontro nella Relazione finale
4	3	Efficienza Organizzativa	B	Monitoraggio del grado di raggiungimento degli obiettivi	Trasmissione 2 Report semestrali	Da inviare via mail alla Dir. del Dipartimento e da allegare alla Relazione finale da trasmettere al Dir. del Dip. di Prevenzione
5	3	Qualità flussi informativi	M	Flussi informativi trasmessi entro i termini previsti / totale flussi informativi di competenza	100%	Obiettivo certificato dalla Direzione del Dipartimento
6	2	Miglioramento della qualità percepita	B	N° questionari predisposti dalla Direz. del Dipartimento per la rilevazione della qualità percepita somministrati all'utenza	≥ 50	Elaboraz. dati e relazione conclusiva con individuazione di eventuali proposte correttive a cura dell'UO da inviare entro il 31/12 alla Direz. del Dipartimento
7	3	Potenziamento dei controlli sulla sicurezza alimentare	A	Controllo dei caseifici riconosciuti e registrati	Controllo dell'80% dei caseifici riconosciuti e registrati	utilizzo delle check list SEU predisposte dalla Regione Puglia
8	3	Controllo dell'implementazione delle procedure di servizio	A	Supervisione in campo del personale dirigente e controllo a posteriori dei TDP	Supervisione e controllo sul 50% del personale in servizio	Rif. DGR N° 928/2013
9	3	Potenziamento dei controlli sulla sicurezza alimentare	M	Controllo semestrale dei Centri di imballaggio uova	Controllo semestrale del 100% dei Centri di imballaggio uova	Attività congiunta con UU.OO.CC. SIAV C
10	3	mantenimento standard adeguati di sicurezza alimentare	M	Revisione ed adeguamento delle analisi del rischio degli stabilimenti riconosciuti CE	Revisione ed adeguamento delle analisi del rischio sul 50% degli stabilimenti riconosciuti CE	
11	3	Potenziamento dei controlli sulla sicurezza alimentare	A	Programmazione ed esecuzione di controlli congiunti con il SIAN sulla ristorazione scolastica e socioassistenziale	Almeno 4 verifiche	Obiettivo condiviso con UOC SIAN
12	3	Efficienza organizzativa	M	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale	Riscontro entro 5 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore del Dipartimento	Certificato dal Direttore del Dipartimento

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**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 2021-2023 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
3	3	Efficienza organizzativa	M	Monitoraggio attività libero professionale per la verifica del rispetto del vincolo di non superamento dei volumi di attività istituzionale	Riscontro alle richieste formulate da Macroarea ALPI D3 relative all'invio mensile dei volumi di attività ALPI con la dichiarazione dei volumi mensili di attività istituz.corrispondenti	Allegare Note di riscontro nella Relazione finale
4	3	Efficienza Organizzativa	B	Monitoraggio del grado di raggiungimento degli obiettivi	Trasmissione 2 Report semestrali	Da inviare via mail alla Dir. del Dipartimento e da allegare alla Relazione finale da trasmettere al Dir. del Dip. di Prevenzione
5	3	Qualità flussi informativi	M	Flussi informativi trasmessi entro i termini previsti / totale flussi informativi di competenza	100%	Obiettivo certificato dalla Direzione del Dipartimento
6	2	Miglioramento della qualità percepita	B	N° questionari predisposti dalla Direz. del Dipartimento per la rilevazione della qualità percepita somministrati all'utenza	≥ 50	Elaboraz. dati e relazione conclusiva con individuazione di eventuali proposte correttive a cura dell'UO da inviare entro il 31/12 alla Direz. del Dipartimento
7	3	Potenziamento dei controlli sulla sicurezza alimentare	A	Controllo dei caseifici riconosciuti e registrati	Controllo dell' 80% dei caseifici riconosciuti e registrati	Utilizzo delle check list SEU predisposte dalla Regione Puglia
8	3	Controllo dell'implementazione delle procedure di servizio	A	Supervisione in campo del personale dirigente e controllo a posteriori dei TDP	Supervisione e controllo sul 50% del personale in servizio	Rif. DGR N° 928/2013
9	3	Potenziamento dei controlli sulla sicurezza alimentare	M	Controllo semestrale dei Centri di imballaggio uova	Controllo semestrale del 100% dei Centri di imballaggio uova	Attività congiunta con UU.OO.CC. SIAV C
10	3	mantenimento standard adeguati di sicurezza alimentare	M	Revisione ed adeguamento delle analisi del rischio degli stabilimenti riconosciuti CE	Revisione ed adeguamento delle analisi del rischio sul 50% degli stabilimenti riconosciuti CE	
11	3	Potenziamento dei controlli sulla sicurezza alimentare	A	Programmazione ed esecuzione di controlli congiunti con il SIAN sulla ristorazione scolastica e socioassistenziale	Almeno 4 verifiche	Obiettivo condiviso con UOC SIAN
12	3	Efficienza organizzativa	M	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale	Riscontro entro 5 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore del Dipartimento	Certificato dal Direttore del Dipartimento

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**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 2021-2023 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
3	3	Efficienza organizzativa	M	Monitoraggio attività libero professionale per la verifica del rispetto del vincolo di non superamento dei volumi di attività istituzionale	Riscontro alle richieste formulate da Macroarea ALPI D3 relative all'invio mensile dei volumi di attività ALPI con la dichiarazione dei volumi mensili di attività istituz.corrispondenti	Allegare Note di riscontro nella Relazione finale
4	3	Efficienza Organizzativa	B	Monitoraggio del grado di raggiungimento degli obiettivi	Trasmissione 2 Report semestrali	Da inviare via mail alla Dir. del Dipartimento e da allegare alla Relazione finale da trasmettere al Dir. del Dip. di Prevenzione
5	3	Qualità flussi informativi	M	Flussi informativi trasmessi entro i termini previsti / totale flussi informativi di competenza	100%	Obiettivo certificato dalla Direzione del Dipartimento
6	2	Miglioramento della qualità percepita	B	N° questionari predisposti dalla Direz. del Dipartimento per la rilevazione della qualità percepita somministrati all'utenza	≥ 50	Elaboraz. dati e relazione conclusiva con individuazione di eventuali proposte correttive a cura dell'UO da inviare entro il 31/12 alla Direz. del Dipartimento
7	3	Potenziamento dei controlli sulla sicurezza alimentare	A	Controllo dei caseifici riconosciuti e registrati	Controllo del 50% dei caseifici riconosciuti e controllo del 40% dei caseifici 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 50% dei Centri di imballaggio uova	Attività congiunta con UU.OO.CC. SIAV C
10	3	mantenimento standard adeguati di sicurezza alimentare	M	Revisione ed adeguamento delle analisi del rischio degli stabilimenti riconosciuti CE	Revisione ed adeguamento delle analisi del rischio sul 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 3 verifiche	Obiettivo condiviso con UOC SIAN
12	3	Efficienza organizzativa	M	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale	Riscontro entro 5 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore del Dipartimento	Certificato dal Direttore del Dipartimento

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

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

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Percorso attuativo Certificabilità degli Enti del SSR	M	Trasmissione dei prospetti trimestrali di rendicontazione dei Servizi/Prestazioni erogati dal Dipartimento come da Manuale delle Procedure amministrativo-contabili (pagg.31-33)	Trasmissione di N. 4 Prospetti Trimestrali	Certificato da AGRF
2	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione	Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dal Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021-2023 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
3	3	Efficienza Organizzativa	B	Monitoraggio del grado di raggiungimento degli obiettivi	Trasmissione 2 Report semestrali	Da inviare via mail alla Dir. del Dipartimento e da allegare alla Relazione finale da trasmettere al Dir. del Dip. di Prevenzione
4	3	Qualità flussi informativi	M	Flussi informativi trasmessi entro i termini previsti / totale flussi informativi di competenza	100%	Obiettivo certificato dalla Direzione del Dipartimento
5	3	Sorveglianza TSE ovini/caprini di età ≥ 18 mesi morti in allevamento	A	prelievi obex/sul totale prelevabile	0.75	Regolamento CE 999/2001
6	3	Potenziamento controlli ufficiali sul benessere animale in allevamento	A	Allevamenti controllabili/Allevamenti controllati	0.75	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 DGSFAF n.1466-P del 26.01.12.
10	2	Miglioramento della qualità percepita	B	N° questionari predisposti dalla Direz. del Dipartimento per la rilevazione della qualità percepita somministrati all'utenza	≥ 25	Elaboraz. dati e relazione conclusiva con individuazione di eventuali proposte correttive a cura dell'UO da inviare entro il 31/12 alla Direz. del Dipartimento
11	3	Efficienza organizzativa	M	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale	Riscontro entro 5 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore del Dipartimento	Certificato dal Direttore del Dipartimento

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**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 2021-2023 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
3 3	Efficienza Organizzativa	B	Monitoraggio del grado di raggiungimento degli obiettivi	Trasmissione 2 Report semestrali	Da inviare via mail alla Dir. del Dipartimento e da allegare alla Relazione finale da trasmettere al Dir. del Dip. di Prevenzione
4 3	Qualità flussi informativi	M	Flussi informativi trasmessi entro i termini previsti / totale flussi informativi di competenza	100%	Obiettivo certificato dalla Direzione del Dipartimento
5 3	Sorveglianza TSE ovini/caprini di età ≥ 18 mesi morti in allevamento	A	Prelievi obex/sul totale prelevabile	0.75	Regolamento CE 999/2001
6 3	Potenziamento controlli ufficiali sul benessere animale in allevamento	A	Allevamenti controllabili/Allevamenti controllati	0.5	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 2021 / costi utilizzo mezzo proprio 2020	<= 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 Gennaio 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 2021-2023 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
3 3	Efficienza Organizzativa	B	Monitoraggio del grado di raggiungimento degli obiettivi	Trasmissione 2 Report semestrali	Da inviare via mail alla Dir. del Dipartimento e da allegare alla Relazione finale da trasmettere al Dir. del Dip. di Prevenzione
4 3	Qualità flussi informativi	M	Flussi informativi trasmessi entro i termini previsti / totale flussi informativi di competenza	100%	Obiettivo certificato dalla Direzione del Dipartimento
5 3	Sorveglianza TSE ovini/caprini di età ≥ 18 mesi morti in allevamento	A	prelievi obex/sul totale prelevabile	0.75	Regolamento CE 999/2001
6 3	Potenziamento 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 2021 / costi utilizzo mezzo proprio 2020	<= 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 Gennaio 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	Implementazione della Procedura Aziendale sulla Raccomandazione n. 1	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 1075/2020	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. Cliniche e le Farmacie Ospedaliere. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
7 3	Integrazione Ospedale-Territorio	A	Protocollo per la gestione, nella Struttura ospedaliera di riferimento, delle complicanze insorgenti in pazienti in Day Service chirurgico/oculistico erogato presso Strutture Territoriali	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale della procedura per P.O.	Condiviso tra DSS 3, 5, 10, 12 e 13, UU.OO. Day Service Oculistico e Polispec. Chir. di Terlizzi, DMPO e UU.OO. di Chir. Gen., Ortop. e Ocul. dei P.O. "S. Paolo", Molfetta, Murgia, Di Venere, Monopoli e Putignano. Coordinato dalle DMPO
8 3	Clinical governance	A	Modello organizzativo per la gestione dell'accompagnamento dei pazienti e materiali biologici tra le UU.OO. del Presidio mediante l'utilizzo di personale condiviso.	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale di una procedura per P.O.	Obiettivo condiviso tra le DMPO e le UU.OO. del Presidio. Coordinato dalle DMPO

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**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 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 # 1 2	Sanità digitale	M	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
6 3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulla Raccomandazione n. 1	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 1075/2020	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. Cliniche e le Farmacie Ospedaliere. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
7 3	Clinical governance	A	Modello organizzativo per la gestione dell'accompagnamento dei pazienti e materiali biologici tra le UU.OO. del Presidio mediante l'utilizzo di personale condiviso.	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale di una procedura per P.O.	Obiettivo condiviso tra le DMPO e le UU.OO. del Presidio. Coordinato dalle DMPO

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

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

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

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

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

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

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

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

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

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

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

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

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

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

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

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

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

DIPARTIMENTO

Dipartimento Nefrourologico

UNITA' OPERATIVA

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

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Degenza Media	≤ 8.5 gg.	
2 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 4%	
3 # 1 2	Sanità digitale	M	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
4 # 2	Integrazione Ospedale-Territorio	M	Immissione di nuovi pazienti in dialisi peritoneale	Almeno un nuovo paziente	
5 # 1	Razionalizzazione della spesa farmaceutica	A	% Piani terapeutici con prescrizione di farmaco biosimilare nel rispetto delle Delibere e Circolari Regionali	> 90% delle nuove prescrizioni	es.: DD.G.R.n.699/2017, n.983/2018, n.1188/2019
6 # 3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulla Raccomandazione n. 1	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 1075/2020	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. Cliniche e le Farmacie Ospedaliere. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
7 # 3	Clinical governance	A	Modello organizzativo per la gestione dell'accompagnamento dei pazienti e materiali biologici tra le UU.OO. del Presidio mediante l'utilizzo di personale condiviso.	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale di una procedura per P.O.	Obiettivo condiviso tra le DMPO e le UU.OO. del Presidio. Coordinato dalle DMPO

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

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

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

DIPARTIMENTO

Dipartimento Nefrourologico

UNITA' OPERATIVA

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

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Degenza Media	≤ 8.5 gg.	
2 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 4%	
3 # 1 2	Sanità digitale	M	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
4 # 2	Integrazione Ospedale-Territorio	M	Immissione di nuovi pazienti in dialisi peritoneale	Almeno un nuovo paziente	
5 # 1	Razionalizzazione della spesa farmaceutica	A	% Piani terapeutici con prescrizione di farmaco biosimilare nel rispetto delle Delibere e Circolari Regionali	> 90% delle nuove prescrizioni	es.: DD.G.R.n.699/2017, n.983/2018, n.1188/2019
6 # 3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulla Raccomandazione n. 1	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 1075/2020	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. Cliniche e le Farmacie Ospedaliere. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
7 # 3	Clinical governance	A	Modello organizzativo per la gestione dell'accompagnamento dei pazienti e materiali biologici tra le UU.OO. del Presidio mediante l'utilizzo di personale condiviso.	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale di una procedura per P.O.	Obiettivo condiviso tra le DMPO e le UU.OO. del Presidio. Coordinato dalle DMPO

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

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

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

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

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

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

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**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 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 4	Clinical governance	A	% Pazienti con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario in pazienti > 65 anni	> 80%	
6 # 1 2	Sanità digitale	M	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
7 3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulla Raccomandazione n. 1	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 1075/2020	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. Cliniche e le Farmacie Ospedaliere. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
8 3	Integrazione Ospedale-Territorio	A	Protocollo per la gestione, nella Struttura ospedaliera di riferimento, delle complicanze insorgenti in pazienti in Day Service chirurgico/oculistico erogato presso Strutture Territoriali	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale della procedura per P.O.	Condiviso tra DSS 3, 5, 10, 12 e 13, UU.OO. Day Service Oculistico e Polispec. Chir. di Terlizzi, DMPO e UU.OO. di Chir. Gen., Ortop. e Ocul. dei P.O. "S. Paolo", Molfetta, Murgia, Di Venere, Monopoli e Putignano. Coordinato dalle DMPO
9 3	Clinical governance	A	Modello organizzativo per la gestione dell'accompagnamento dei pazienti e materiali biologici tra le UU.OO. del Presidio mediante l'utilizzo di personale condiviso.	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale di una procedura per P.O.	Obiettivo condiviso tra le DMPO e le UU.OO. del Presidio. Coordinato dalle DMPO

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**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 inappropriatazza e ricoveri con DRG non a rischio inappropriatazza in regime ordinario	≤ 0,21	0,21 = intervallo di adeguatezza Comitato LEA
4 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
5 # 3	Clinical governance	A	% Pazienti con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario in pazienti > 65 anni	> 80%	
6 # 1 2	Sanità digitale	M	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
7 3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulla Raccomandazione n. 1	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 1075/2020	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. Cliniche e le Farmacie Ospedaliere. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
8 3	Integrazione Ospedale-Territorio	A	Protocollo per la gestione, nella Struttura ospedaliera di riferimento, delle complicanze insorgenti in pazienti in Day Service chirurgico/oculistico erogato presso Strutture Territoriali	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale della procedura per P.O.	Condiviso tra DSS 3, 5, 10, 12 e 13, UU.OO. Day Service Oculistico e Polispec. Chir. di Terlizzi, DMPO e UU.OO. di Chir. Gen., Ortop. e Ocul. dei P.O. "S. Paolo", Molfetta, Murgia, Di Venere, Monopoli e Putignano. Coordinato dalle DMPO
9 3	Clinical governance	A	Modello organizzativo per la gestione dell'accompagnamento dei pazienti e materiali biologici tra le UU.OO. del Presidio mediante l'utilizzo di personale condiviso.	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale di una procedura per P.O.	Obiettivo condiviso tra le DMPO e le UU.OO. del Presidio. Coordinato dalle DMPO

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**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%	
6 # 1	Sanità digitale	M	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
7 3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulla Raccomandazione n. 1	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 1075/2020	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. Cliniche e le Farmacie Ospedaliere. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
8 3	Integrazione Ospedale-Territorio	A	Protocollo per la gestione, nella Struttura ospedaliera di riferimento, delle complicanze insorgenti in pazienti in Day Service chirurgico/oculistico erogato presso Strutture Territoriali	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale della procedura per P.O.	Condiviso tra DSS 3, 5, 10, 12 e 13, UU.OO. Day Service Oculistico e Polispec. Chir. di Terlizzi, DMPO e UU.OO. di Chir. Gen., Ortop. e Ocul. dei P.O. "S. Paolo", Molfetta, Murgia, Di Venere, Monopoli e Putignano. Coordinato dalle DMPO
9 3	Clinical governance	A	Modello organizzativo per la gestione dell'accompagnamento dei pazienti e materiali biologici tra le UU.OO. del Presidio mediante l'utilizzo di personale condiviso.	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale di una procedura per P.O.	Obiettivo condiviso tra le DMPO e le UU.OO. del Presidio. Coordinato dalle DMPO

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**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 # 3 4	Clinical governance	A	% Pazienti con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario in pazienti > 65 anni	> 80%	
6 # 1 2	Sanità digitale	M	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
7 3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulla Raccomandazione n. 1	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 1075/2020	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. Cliniche e le Farmacie Ospedaliere. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
8 3	Integrazione Ospedale-Territorio	A	Protocollo per la gestione, nella Struttura ospedaliera di riferimento, delle complicanze insorgenti in pazienti in Day Service chirurgico/oculistico erogato presso Strutture Territoriali	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale della procedura per P.O.	Condiviso tra DSS 3, 5, 10, 12 e 13, UU.OO. Day Service Oculistico e Polispec. Chir. di Terlizzi, DMPO e UU.OO. di Chir. Gen., Ortop. e Ocul. dei P.O. "S. Paolo", Molfetta, Murgia, Di Venere, Monopoli e Putignano. Coordinato dalle DMPO
9 3	Clinical governance	A	Modello organizzativo per la gestione dell'accompagnamento dei pazienti e materiali biologici tra le UU.OO. del Presidio mediante l'utilizzo di personale condiviso.	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale di una procedura per P.O.	Obiettivo condiviso tra le DMPO e le UU.OO. del Presidio. Coordinato dalle DMPO

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**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	> 80%	
6 # 1	Sanità digitale	M	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
7 3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulla Raccomandazione n. 1	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 1075/2020	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. Cliniche e le Farmacie Ospedaliere. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
8 3	Integrazione Ospedale-Territorio	A	Protocollo per la gestione, nella Struttura ospedaliera di riferimento, delle complicanze insorgenti in pazienti in Day Service chirurgico/oculistico erogato presso Strutture Territoriali	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale della procedura per P.O.	Condiviso tra DSS 3, 5, 10, 12 e 13, UU.OO. Day Service Oculistico e Polispec. Chir. di Terlizzi, DMPO e UU.OO. di Chir. Gen., Ortop. e Ocul. dei P.O. "S. Paolo", Molfetta, Murgia, Di Venere, Monopoli e Putignano. Coordinato dalle DMPO
9 3	Clinical governance	A	Modello organizzativo per la gestione dell'accompagnamento dei pazienti e materiali biologici tra le UU.OO. del Presidio mediante l'utilizzo di personale condiviso.	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale di una procedura per P.O.	Obiettivo condiviso tra le DMPO e le UU.OO. del Presidio. Coordinato dalle DMPO

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Peso medio DRG	≥ 1.14	Peso medio 2019 e 2020 UU.OO. Medicina Generale della ASL BA = 1.14
2 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
3 # 3 4	Clinical governance	B	Rapporto tra ricoveri con DRG a rischio di inappropriately e ricoveri con DRG non a rischio inappropriately in regime ordinario	≤ 0,21	0,21 = intervallo di adeguatezza Comitato LEA
4 # 1 2	Sanità digitale	M	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
5 # 1	Razionalizzazione della spesa farmaceutica	A	% Piani terapeutici con prescrizione di farmaco biosimilare nel rispetto delle Delibere e Circolari Regionali	> 90% delle nuove prescrizioni	es.: DD.G.R.n.699/2017, n.983/2018, n.1188/2019
6 3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulla Raccomandazione n. 1	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 1075/2020	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. Cliniche e le Farmacie Ospedaliere. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
7 3	Clinical governance	A	Modello organizzativo per la gestione dell'accompagnamento dei pazienti e materiali biologici tra le UU.OO. del Presidio mediante l'utilizzo di personale condiviso.	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale di una procedura per P.O.	Obiettivo condiviso tra le DMPO e le UU.OO. del Presidio. Coordinato dalle DMPO

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

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

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**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	Implementazione della Procedura Aziendale sulla Raccomandazione n. 1	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 1075/2020	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. Cliniche e le Farmacie Ospedaliere. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Peso medio DRG	≥ 1.14	Peso medio 2019 e 2020 UU.OO. Medicina Generale della ASL BA = 1.14
2 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
3 # 3 4	Clinical governance	B	Rapporto tra ricoveri con DRG a rischio di inappropriatazza e ricoveri con DRG non a rischio inappropriatazza in regime ordinario	≤ 0,21	0,21 = intervallo di adeguatezza Comitato LEA
4 # 1 2	Sanità digitale	M	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
5 # 1	Razionalizzazione della spesa farmaceutica	A	% Piani terapeutici con prescrizione di farmaco biosimilare nel rispetto delle Delibere e Circolari Regionali	> 90% delle nuove prescrizioni	es.: DD.G.R.n.699/2017, n.983/2018, n.1188/2019
6 3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulla Raccomandazione n. 1	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 1075/2020	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. Cliniche e le Farmacie Ospedaliere. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
7 3	Clinical governance	A	Modello organizzativo per la gestione dell'accompagnamento dei pazienti e materiali biologici tra le UU.OO. del Presidio mediante l'utilizzo di personale condiviso.	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale di una procedura per P.O.	Obiettivo condiviso tra le DMPO e le UU.OO. del Presidio. Coordinato dalle DMPO

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

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

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Peso medio DRG	≥ 1.14	Peso medio 2019 e 2020 UU.OO. Medicina Generale della ASL BA = 1.14
2 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
3 # 3 4	Clinical governance	B	Rapporto tra ricoveri con DRG a rischio di inappropriately e ricoveri con DRG non a rischio inappropriately in regime ordinario	≤ 0,21	0,21 = intervallo di adeguatezza Comitato LEA
4 # 1 2	Sanità digitale	M	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
5 # 1	Razionalizzazione della spesa farmaceutica	A	% Piani terapeutici con prescrizione di farmaco biosimilare nel rispetto delle Delibere e Circolari Regionali	> 90% delle nuove prescrizioni	es.: DD.G.R.n.699/2017, n.983/2018, n.1188/2019
6 3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulla Raccomandazione n. 1	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 1075/2020	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. Cliniche e le Farmacie Ospedaliere. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
7 3	Clinical governance	A	Modello organizzativo per la gestione dell'accompagnamento dei pazienti e materiali biologici tra le UU.OO. del Presidio mediante l'utilizzo di personale condiviso.	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale di una procedura per P.O.	Obiettivo condiviso tra le DMPO e le UU.OO. del Presidio. Coordinato dalle DMPO

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

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

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Peso medio DRG	2021 ≥ 2020	
2 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
3 # 3 4	Clinical governance	B	Rapporto tra ricoveri con DRG a rischio di inappropriatazza e ricoveri con DRG non a rischio inappropriatazza in regime ordinario	≤ 0,21	0,21 = intervallo di adeguatezza Comitato LEA
4 # 1 2	Sanità digitale	M	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
5 # 1	Razionalizzazione della spesa farmaceutica	A	% Piani terapeutici con prescrizione di farmaco biosimilare nel rispetto delle Delibere e Circolari Regionali	> 90% delle nuove prescrizioni	es.: DD.G.R.n.699/2017, n.983/2018, n.1188/2019
6 3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulla Raccomandazione n. 1	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 1075/2020	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. Cliniche e le Farmacie Ospedaliere. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
7 3	Clinical governance	A	Modello organizzativo per la gestione dell'accompagnamento dei pazienti e materiali biologici tra le UU.OO. del Presidio mediante l'utilizzo di personale condiviso.	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale di una procedura per P.O.	Obiettivo condiviso tra le DMPO e le UU.OO. del Presidio. Coordinato dalle DMPO

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Peso medio DRG	≥ 1.14	Peso medio 2019 e 2020 UU.OO. Medicina Generale della ASL BA = 1.14
2 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
3 # 3 4	Clinical governance	B	Rapporto tra ricoveri con DRG a rischio di inappropriately e ricoveri con DRG non a rischio inappropriately in regime ordinario	≤ 0,21	0,21 = intervallo di adeguatezza Comitato LEA
4 # 1 2	Sanità digitale	M	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
5 # 1	Razionalizzazione della spesa farmaceutica	A	% Piani terapeutici con prescrizione di farmaco biosimilare nel rispetto delle Delibere e Circolari Regionali	> 90% delle nuove prescrizioni	es.: DD.G.R.n.699/2017, n.983/2018, n.1188/2019
6 3	Clinical governance	A	Modello organizzativo per la gestione dell'accompagnamento dei pazienti e materiali biologici tra le UU.OO. del Presidio mediante l'utilizzo di personale condiviso.	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale di una procedura per P.O.	Obiettivo condiviso tra le DMPO e le UU.OO. del Presidio. Coordinato dalle DMPO
7 3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulla Raccomandazione n. 1	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 1075/2020	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. Cliniche e le Farmacie Ospedaliere. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**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	Implementazione della Procedura Aziendale sulla Raccomandazione n. 1	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 1075/2020	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. Cliniche e le Farmacie Ospedaliere. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 3 1	Appropriatezza prescrittiva	A	Numero di schede di monitoraggio sulla piattaforma AIFA relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	Numero di schede = 0	Dati forniti dal Dipartimento del Farmaco
2 # 1	Razionalizzazione della spesa farmaceutica	A	% Piani terapeutici con prescrizione di farmaco biosimilare nel rispetto delle Delibere e Circolari Regionali	> 90% delle nuove prescrizioni	es.: DD.G.R.n.699/2017, n.983/2018, n.1188/2019
3 3	Clinical governance	M	Procedura Aziendale di implementazione della Raccomandazione Ministeriale n. 14 - Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici	Invio con mail della Procedura elaborata secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Obiettivo condiviso tra UU.OO. di Oncologia e Farmacia Ospedaliera del P.O. "San Paolo". Coordinato dalla Farmacia Ospedaliera del P.O. "San Paolo" Certificato da UO GRC
4 1 3	Controllo della Spesa	M	Protocollo per la corretta registrazione sul Sistema EDOTTO dei Farmaci in Somministrazione Ospedaliera e per la corretta gestione della procedura di scarico nella procedura di Magazzino	Invio Protocollo alla Direzione Sanitaria e Amministrativa	Obiettivo in comune a tutte le Farmacie Ospedaliere e alle UU.OO. Di Oncologia, Oculistica e Neurologia. Coordinato dalla Direzione del Dipartimento Gestione del Farmaco. Allegare mail di invio in Relazione
5 3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulla Raccomandazione n. 1	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 1075/2020	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. Cliniche e le Farmacie Ospedaliere. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

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

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3 4	Clinical governance	M	Peso medio DRG	2021 ≥ 2020	
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 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
5 3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulla Raccomandazione n. 1	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 1075/2020	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. Cliniche e le Farmacie Ospedaliere. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
6 3	Clinical governance	A	Modello organizzativo per la gestione dell'accompagnamento dei pazienti e materiali biologici tra le UU.OO. del Presidio mediante l'utilizzo di personale condiviso.	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale di una procedura per P.O.	Obiettivo condiviso tra le DMPO e le UU.OO. del Presidio. Coordinato dalle DMPO

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3 4	Clinical governance	M	Peso medio DRG	2021 ≥ 2020	
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 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
5 3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulla Raccomandazione n. 1	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 1075/2020	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. Cliniche e le Farmacie Ospedaliere. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
6 3	Clinical governance	A	Modello organizzativo per la gestione dell'accompagnamento dei pazienti e materiali biologici tra le UU.OO. del Presidio mediante l'utilizzo di personale condiviso.	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale di una procedura per P.O.	Obiettivo condiviso tra le DMPO e le UU.OO. del Presidio. Coordinato dalle DMPO

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 4%	
2 # 3 4	Clinical governance	B	Rapporto tra ricoveri con DRG a rischio di inappropriatazza e ricoveri con DRG non a rischio inappropriatazza in regime ordinario	≤ 0,21	0,21 = intervallo di adeguatezza Comitato LEA
3 # 1 2	Sanità digitale	M	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
4 3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulla Raccomandazione n. 1	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 1075/2020	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. Cliniche e le Farmacie Ospedaliere. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
5 3	Clinical governance	A	Modello organizzativo per la gestione dell'accompagnamento dei pazienti e materiali biologici tra le UU.OO. del Presidio mediante l'utilizzo di personale condiviso.	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale di una procedura per P.O.	Obiettivo condiviso tra le DMPO e le UU.OO. del Presidio. Coordinato dalle DMPO

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 3 4	Appropriatezza prescrittiva	A	Numero di schede di monitoraggio sulla piattaforma AIFA relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	Numero di schede = 0	Dati forniti dal Dipartimento del Farmaco
2 # 1	Razionalizzazione della spesa farmaceutica	A	% Piani terapeutici con prescrizione di farmaco biosimilare nel rispetto delle Delibere e Circolari Regionali	> 90% delle nuove prescrizioni	es.: DD.G.R.n.699/2017, n.983/2018, n.1188/2019
3 3	Clinical governance	M	Procedura Aziendale di implementazione della Raccomandazione Ministeriale n. 14 - Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici	Invio con mail della Procedura elaborata secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Obiettivo condiviso tra UU.OO. di Oncologia e Farmacia Ospedaliera del P.O. "San Paolo" e P.O. della Murgia. Coordinato dalla Farmacia Ospedaliera del P.O. "San Paolo" Certificato da UO GRC
4 1 3	Controllo della Spesa	M	Protocollo per la corretta registrazione sul Sistema EDOTTO dei Farmaci in Somministrazione Ospedaliera e per la corretta gestione della procedura di scarico nella procedura di Magazzino	Invio Protocollo alla Direzione Sanitaria e Amministrativa	Obiettivo in comune a tutte le Farmacie Ospedaliere e alle UU.OO. Di Oncologia, Oculistica e Neurologia. Coordinato dalla Direzione del Dipartimento Gestione del Farmaco. Allegare mail di invio in Relazione
5 3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulla Raccomandazione n. 1	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 1075/2020	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. Cliniche e le Farmacie Ospedaliere. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
6 3	Clinical governance	A	Modello organizzativo per la gestione dell'accompagnamento dei pazienti e materiali biologici tra le UU.OO. del Presidio mediante l'utilizzo di personale condiviso.	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale di una procedura per P.O.	Obiettivo condiviso tra le DMPO e le UU.OO. del Presidio. Coordinato dalle DMPO

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3 4	Clinical governance	M	Peso medio DRG	2021 ≥ 2020	
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 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
5 3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulla Raccomandazione n. 1	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 1075/2020	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. Cliniche e le Farmacie Ospedaliere. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
6 3	Clinical governance	A	Modello organizzativo per la gestione dell'accompagnamento dei pazienti e materiali biologici tra le UU.OO. del Presidio mediante l'utilizzo di personale condiviso.	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale di una procedura per P.O.	Obiettivo condiviso tra le DMPO e le UU.OO. del Presidio. Coordinato dalle DMPO

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**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	% IMA non provenienti da altre Strutture trattati con PTCA entro 2 gg	≥ 60%	Indicatore PNE
6 3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulla Raccomandazione n. 1	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 1075/2020	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. Cliniche e le Farmacie Ospedaliere. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
7 3	Clinical governance	A	Modello organizzativo per la gestione dell'accompagnamento dei pazienti e materiali biologici tra le UU.OO. del Presidio mediante l'utilizzo di personale condiviso.	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale di una procedura per P.O.	Obiettivo condiviso tra le DMPO e le UU.OO. del Presidio. Coordinato dalle DMPO

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

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

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**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	% IMA non provenienti da altre Strutture trattati con PTCA entro 2 gg	≥ 60%	Indicatore PNE
6 3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulla Raccomandazione n. 1	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 1075/2020	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. Cliniche e le Farmacie Ospedaliere. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
7 3	Clinical governance	A	Modello organizzativo per la gestione dell'accompagnamento dei pazienti e materiali biologici tra le UU.OO. del Presidio mediante l'utilizzo di personale condiviso.	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale di una procedura per P.O.	Obiettivo condiviso tra le DMPO e le UU.OO. del Presidio. Coordinato dalle DMPO

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

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

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

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

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

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

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

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

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**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	>500	
2 1 3	Controllo della Spesa	M	Protocollo per la corretta registrazione sul Sistema EDOTTO dei Farmaci in Somministrazione Ospedaliera e per la corretta gestione della procedura di scarico nella procedura di Magazzino	Invio Protocollo alla Direzione Sanitaria e Amministrativa	Obiettivo in comune a tutte le Farmacie Ospedaliere e alle UU.OO. Di Oncologia, Oculistica e Neurologia. Coordinato dalla Direzione del Dipartimento Gestione del Farmaco. Allegare mail di invio in Relazione
3 # 3	Efficienza operativa	A	Potenziamento attività ambulatoriale di somministrazione tossina botulinica: Numero somministrazioni ambulatoriali di tossina botulinica	> 3000 somministrazioni	Codice 99299, 53541
4 # 2	Efficienza operativa	M	Implementazione attività ambulatoriale M. di Parkinson e Disturbi del movimento: Numero visite	> 150 visite	Codice 12200 e 10248
5 # 2	Efficienza operativa	M	Attivazione Ambulatorio Potenziali Evocati: Numero prestazioni	> 50 prestazioni	Codice

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

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

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

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

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

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

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 3	Formazione	B	Organizzazione Evento formativo per il personale medico e infermieristico delle UU.OO. della ASL	Almeno un evento formativo per P.O. sede di un'U.O. di Oftalmologia	Nella Relazione finale indicare data, sede, argomento e partecipanti. Obiettivo condiviso tra UU.OO. Di Oftalmologia
2 3	Appropriatezza prescrittiva	A	Numero di schede di monitoraggio sulla piattaforma AIFA relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	Numero di schede = 0	Certificato dal Dipartimento del Farmaco
3 1 3	Controllo della Spesa	M	Protocollo per la corretta registrazione sul Sistema EDOTTO dei Farmaci in Somministrazione Ospedaliera e per la corretta gestione della procedura di scarico nella procedura di Magazzino	Invio Protocollo alla Direzione Sanitaria e Amministrativa	Obiettivo in comune a tutte le Farmacie Ospedaliere e alle UU.OO. Di Oncologia, Oculistica e Neurologia. Coordinato dalla Direzione del Dipartimento Gestione del Farmaco. Allegare mail di invio in Relazione
4 3	Integrazione Ospedale-Territorio	A	Proposta di organizzazione integrata Ospedale-Territorio dell'attività oftalmologica per la diagnosi ed il trattamento del Glaucoma	Invio Procedura alla Direzione Sanitaria Aziendale	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. di Oftalmologia con il coinvolgimento degli specialisti distrettuali coordinato dal Direttore Oftalmologia del P.O. "Di Venere"
5 3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulla Raccomandazione n. 1	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 1075/2020	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. Cliniche e le Farmacie Ospedaliere. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
6 3	Integrazione Ospedale-Territorio	A	Protocollo per la gestione, nella Struttura ospedaliera di riferimento, delle complicanze insorgenti in pazienti in Day Service chirurgico/oculistico erogato presso Strutture Territoriali	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale della procedura per P.O.	Condiviso tra DSS 3, 5, 10, 12 e 13, UU.OO. Day Service Oculistico e Polispec. Chir. di Terlizzi, DMPO e UU.OO. di Chir. Gen., Ortop. e Ocul. dei P.O. "S. Paolo", Molfetta, Murgia, Di Venere, Monopoli e Putignano. Coordinato dalle DMPO
7 3	Clinical governance	A	Modello organizzativo per la gestione dell'accompagnamento dei pazienti e materiali biologici tra le UU.OO. del Presidio mediante l'utilizzo di personale condiviso.	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale di una procedura per P.O.	Obiettivo condiviso tra le DMPO e le UU.OO. del Presidio. Coordinato dalle DMPO

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**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	> 2000	
6 3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulla Raccomandazione n. 1	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 1075/2020	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. Cliniche e le Farmacie Ospedaliere. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
7 3	Clinical governance	A	Modello organizzativo per la gestione dell'accompagnamento dei pazienti e materiali biologici tra le UU.OO. del Presidio mediante l'utilizzo di personale condiviso.	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale di una procedura per P.O.	Obiettivo condiviso tra le DMPO e le UU.OO. del Presidio. Coordinato dalle DMPO

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

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

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 3	Formazione	B	Organizzazione Evento formativo per il personale medico e infermieristico delle UU.OO. della ASL	Almeno un evento formativo per P.O. sede di un'U.O. di Oftalmologia	Nella Relazione finale indicare data, sede, argomento e partecipanti Obiettivo condiviso tra UU.OO. Di Oftalmologia
2 3	Appropriatezza prescrittiva	A	Numero di schede di monitoraggio sulla piattaforma AIFA relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	Numero di schede = 0	Certificato dal Dipartimento del Farmaco
3 1 3	Controllo della Spesa	M	Protocollo per la corretta registrazione sul Sistema EDOTTO dei Farmaci in Somministrazione Ospedaliera e per la corretta gestione della procedura di scarico nella procedura di Magazzino	Invio Protocollo alla Direzione Sanitaria e Amministrativa	Obiettivo in comune a tutte le Farmacie Ospedaliere e alle UU.OO. Di Oncologia, Oculistica e Neurologia. Coordinato dalla Direzione del Dipartimento Gestione del Farmaco. Allegare mail di invio in Relazione
4 3	Integrazione Ospedale-Territorio	A	Proposta di organizzazione integrata Ospedale-Territorio dell'attività oftalmologica per la diagnosi ed il trattamento del Glaucoma	Invio Procedura alla Direzione Sanitaria Aziendale	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. di Oftalmologia con il coinvolgimento degli specialisti distrettuali coordinato dal Direttore Oftalmologia del P.O. "Di Venere"
5 3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulla Raccomandazione n. 1	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 1075/2020	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. Cliniche e le Farmacie Ospedaliere. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
6 3	Integrazione Ospedale-Territorio	A	Protocollo per la gestione, nella Struttura ospedaliera di riferimento, delle complicanze insorgenti in pazienti in Day Service chirurgico/oculistico erogato presso Strutture Territoriali	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale della procedura per P.O.	Condiviso tra DSS 3, 5, 10, 12 e 13, UU.OO. Day Service Oculistico e Polispec. Chir. di Terlizzi, DMPO e UU.OO. di Chir. Gen., Ortop. e Ocul. dei P.O. "S. Paolo", Molfetta, Murgia, Di Venere, Monopoli e Putignano. Coordinato dalle DMPO
7 3	Clinical governance	A	Modello organizzativo per la gestione dell'accompagnamento dei pazienti e materiali biologici tra le UU.OO. del Presidio mediante l'utilizzo di personale condiviso.	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale di una procedura per P.O.	Obiettivo condiviso tra le DMPO e le UU.OO. del Presidio. Coordinato dalle DMPO

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

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

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**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	> 2000	
6 3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulla Raccomandazione n. 1	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 1075/2020	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. Cliniche e le Farmacie Ospedaliere. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
7 3	Clinical governance	A	Modello organizzativo per la gestione dell'accompagnamento dei pazienti e materiali biologici tra le UU.OO. del Presidio mediante l'utilizzo di personale condiviso.	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale di una procedura per P.O.	Obiettivo condiviso tra le DMPO e le UU.OO. del Presidio. Coordinato dalle DMPO

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

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

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**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	> 2000	
6 3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulla Raccomandazione n. 1	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 1075/2020	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. Cliniche e le Farmacie Ospedaliere. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
7 3	Clinical governance	A	Modello organizzativo per la gestione dell'accompagnamento dei pazienti e materiali biologici tra le UU.OO. del Presidio mediante l'utilizzo di personale condiviso.	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale di una procedura per P.O.	Obiettivo condiviso tra le DMPO e le UU.OO. del Presidio. Coordinato dalle DMPO

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

DIPARTIMENTO Dipartimento Neurosensoriale  
 UNITA' OPERATIVA UOSVD Oculistica Osp. Putignano

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 3	Formazione	B	Organizzazione Evento formativo per il personale medico e infermieristico delle UU.OO. della ASL	Almeno un evento formativo per P.O. sede di un'U.O. di Oftalmologia	Nella Relazione finale indicare data, sede, argomento e partecipanti Obiettivo condiviso tra UU.OO. Di Oftalmologia
2 3	Appropriatezza prescrittiva	A	Numero di schede di monitoraggio sulla piattaforma AIFA relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	Numero di schede = 0	Certificato dal Dipartimento del Farmaco
3 1 3	Controllo della Spesa	M	Protocollo per la corretta registrazione sul Sistema EDOTTO dei Farmaci in Somministrazione Ospedaliera e per la corretta gestione della procedura di scarico nella procedura di Magazzino	Invio Protocollo alla Direzione Sanitaria e Amministrativa	Obiettivo in comune a tutte le Farmacie Ospedaliere e alle UU.OO. Di Oncologia, Oculistica e Neurologia. Coordinato dalla Direzione del Dipartimento Gestione del Farmaco. Allegare mail di invio in Relazione
4 3	Integrazione Ospedale-Territorio	A	Proposta di organizzazione integrata Ospedale-Territorio dell'attività oftalmologica per la diagnosi ed il trattamento del Glaucoma	Invio Procedura alla Direzione Sanitaria Aziendale	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. di Oftalmologia con il coinvolgimento degli specialisti distrettuali coordinato dal Direttore Oftalmologia del P.O. "Di Venere"
5 3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulla Raccomandazione n. 1	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 1075/2020	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. Cliniche e le Farmacie Ospedaliere. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
6 3	Integrazione Ospedale-Territorio	A	Protocollo per la gestione, nella Struttura ospedaliera di riferimento, delle complicanze insorgenti in pazienti in Day Service chirurgico/oculistico erogato presso Strutture Territoriali	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale della procedura per P.O.	Condiviso tra DSS 3, 5, 10, 12 e 13, UU.OO. Day Service Oculistico e Polispec. Chir. di Terlizzi, DMPO e UU.OO. di Chir. Gen., Ortop. e Ocul. dei P.O. "S. Paolo", Molfetta, Murgia, Di Venere, Monopoli e Putignano. Coordinato dalle DMPO
7 3	Clinical governance	A	Modello organizzativo per la gestione dell'accompagnamento dei pazienti e materiali biologici tra le UU.OO. del Presidio mediante l'utilizzo di personale condiviso.	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale di una procedura per P.O.	Obiettivo condiviso tra le DMPO e le UU.OO. del Presidio. Coordinato dalle DMPO

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**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 # 1 2	Sanità digitale	M	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
6 2 3	Integrazione Ospedale-Territorio	M	N. prestazioni prenotate su Agende condivise tra Consultori del DSS BA e U.O. Ostetricia e Ginecologia del P.O. "San Paolo" per l'ottimizzazione del percorso di accesso alle cure ostetrico-	>10 all'anno	Obiettivo condiviso tra il DSS BA e U.O. Ostetricia e Ginecologia P.O. "San Paolo"
7 3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulla Raccomandazione n. 1	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 1075/2020	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. Cliniche e le Farmacie Ospedaliere. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
8 3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulle Raccomandazioni n. 6 e 16	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 675/2019	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. Di Anestesia (Ospedali con punto nascita), Ostetricia e Pediatria/UTIN. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
9 3	Clinical governance	A	Modello organizzativo per la gestione dell'accompagnamento dei pazienti e materiali biologici tra le UU.OO. del Presidio mediante l'utilizzo di personale condiviso.	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale di una procedura per P.O.	Obiettivo condiviso tra le DMPO e le UU.OO. del Presidio. Coordinato dalle DMPO

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**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 # 1 2	Clinical governance	A	% di ricoveri per Gastroenterite	< 3% dei pazienti dimessi	Escluse le dimissioni dal Nido
4 # 1 2	Sanità digitale	M	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	Escluse le dimissioni dal Nido
5 3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulla Raccomandazione n. 1	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 1075/2020	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. Cliniche e le Farmacie Ospedaliere. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
6 3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulle Raccomandazioni n. 6 e 16	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 675/2019	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. Di Anestesia (Ospedali con punto nascita), Ostetricia e Pediatria/UTIN. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
7 3	Clinical governance	A	Modello organizzativo per la gestione dell'accompagnamento dei pazienti e materiali biologici tra le UU.OO. del Presidio mediante l'utilizzo di personale condiviso.	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale di una procedura per P.O.	Obiettivo condiviso tra le DMPO e le UU.OO. del Presidio. Coordinato dalle DMPO

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**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 # 1 2	Sanità digitale	M	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
6 3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulla Raccomandazione n. 1	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 1075/2020	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. Cliniche e le Farmacie Ospedaliere. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
7 3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulle Raccomandazioni n. 6 e 16	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 675/2019	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. Di Anestesia (Ospedali con punto nascita), Ostetricia e Pediatria/UTIN. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
8 3	Clinical governance	A	Modello organizzativo per la gestione dell'accompagnamento dei pazienti e materiali biologici tra le UU.OO. del Presidio mediante l'utilizzo di personale condiviso.	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale di una procedura per P.O.	Obiettivo condiviso tra le DMPO e le UU.OO. del Presidio. Coordinato dalle DMPO

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**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 # 1 2	Clinical governance	A	% di ricoveri per Gastroenterite	< 3% dei pazienti dimessi	Escluse le dimissioni dal Nido
4 # 1 2	Sanità digitale	M	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	Escluse le dimissioni dal Nido
5 3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulla Raccomandazione n. 1	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 1075/2020	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. Cliniche e le Farmacie Ospedaliere. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
6 3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulle Raccomandazioni n. 6 e 16	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 675/2019	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. Di Anestesia (Ospedali con punto nascita), Ostetricia e Pediatria/UTIN. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
7 3	Clinical governance	A	Modello organizzativo per la gestione dell'accompagnamento dei pazienti e materiali biologici tra le UU.OO. del Presidio mediante l'utilizzo di personale condiviso.	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale di una procedura per P.O.	Obiettivo condiviso tra le DMPO e le UU.OO. del Presidio. Coordinato dalle DMPO

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**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	> 500	
2 4	Clinical governance	M	Elaborazione di un Protocollo assistenziale multidisciplinare in malattie rare	Invio con mail del protocollo all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Allegare mail di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale
3 # 3	Clinical governance	A	Avvio attività di Day Service	Almeno 10 Day Service	
4 # 2	Clinical governance	A	Implementazione attività ambulatoriale di neurologia pediatrica	Almeno 100 prime visite neurologiche (Cod. 10241)	

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**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 # 1 2	Sanità digitale	M	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
6 3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulla Raccomandazione n. 1	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 1075/2020	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. Cliniche e le Farmacie Ospedaliere. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
7 3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulle Raccomandazioni n. 6 e 16	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 675/2019	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. Di Anestesia (Ospedali con punto nascita), Ostetricia e Pediatria/UTIN. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
8 3	Clinical governance	A	Modello organizzativo per la gestione dell'accompagnamento dei pazienti e materiali biologici tra le UU.OO. del Presidio mediante l'utilizzo di personale condiviso.	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale di una procedura per P.O.	Obiettivo condiviso tra le DMPO e le UU.OO. del Presidio. Coordinato dalle DMPO

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**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 # 1 2	Clinical governance	A	% di ricoveri per Gastroenterite	< 3% dei pazienti dimessi	Escluse le dimissioni dal Nido
4 # 1 2	Sanità digitale	M	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	Escluse le dimissioni dal Nido
5 3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulla Raccomandazione n. 1	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 1075/2020	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. Cliniche e le Farmacie Ospedaliere. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
6 3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulle Raccomandazioni n. 6 e 16	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 675/2019	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. Di Anestesia (Ospedali con punto nascita), Ostetricia e Pediatria/UTIN. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
7 3	Clinical governance	A	Modello organizzativo per la gestione dell'accompagnamento dei pazienti e materiali biologici tra le UU.OO. del Presidio mediante l'utilizzo di personale condiviso.	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale di una procedura per P.O.	Obiettivo condiviso tra le DMPO e le UU.OO. del Presidio. Coordinato dalle DMPO

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**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 # 1 2	Sanità digitale	M	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
6 3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulla Raccomandazione n. 1	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 1075/2020	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. Cliniche e le Farmacie Ospedaliere. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
7 3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulle Raccomandazioni n. 6 e 16	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 675/2019	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. Di Anestesia (Ospedali con punto nascita), Ostetricia e Pediatria/UTIN. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
8 3	Clinical governance	A	Modello organizzativo per la gestione dell'accompagnamento dei pazienti e materiali biologici tra le UU.OO. del Presidio mediante l'utilizzo di personale condiviso.	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale di una procedura per P.O.	Obiettivo condiviso tra le DMPO e le UU.OO. del Presidio. Coordinato dalle DMPO

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**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 # 1 2	Clinical governance	A	% di ricoveri per Gastroenterite	< 3% dei pazienti dimessi	Escluse le dimissioni dal Nido
4 # 1 2	Sanità digitale	M	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	Escluse le dimissioni dal Nido
5 3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulla Raccomandazione n. 1	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 1075/2020	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. Cliniche e le Farmacie Ospedaliere. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
6 3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulle Raccomandazioni n. 6 e 16	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 675/2019	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. Di Anestesia (Ospedali con punto nascita), Ostetricia e Pediatria/UTIN. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
7 3	Clinical governance	A	Modello organizzativo per la gestione dell'accompagnamento dei pazienti e materiali biologici tra le UU.OO. del Presidio mediante l'utilizzo di personale condiviso.	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale di una procedura per P.O.	Obiettivo condiviso tra le DMPO e le UU.OO. del Presidio. Coordinato dalle DMPO

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**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	
2	4	Efficienza assistenziale	M	Partecipazione a sedute di counseling multidisciplinari sovra-aziendali per gestanti con malformazioni fetali cardiache ed extra-cardiache	Partecipazione ad almeno il 90% delle sedute	Obiettivo comune tra Medicina Fetale e Genetica Medica. Coordinato da U.O. di Medicina Fetale.
3	3	Efficienza organizzativa	M	Tempi di attesa per visite di genetica medica programmabili	< 60 gg.	Certificato dall'Ufficio CUP-Ticket
4	4 3	Miglioramento della qualità assistenziale	A	Messa a punto Pannello NGS per diagnosi Rasopatie ed Internalizzazione della analisi dei casi identificati in epoca prenatale (UOC Medicina Fetale) e postnatale (utenza ambulatoriale)	Almeno 40 casi	Report trimestrale da inviare all'UO Controllo di Gestione, da allegare nella Relazione finale assieme alla documentazione relativa all'avvio della metodica.
5	4 3	Miglioramento della qualità assistenziale	A	Utilizzo di Nuovo sistema di Sequenziamento NGS per test DNA fetale (NIPT) con estensione dello stesso alle aneuploidie dei cromosomi sessuali.	Implementazione definitiva del test del DNA fetale nel nostro SSR dopo la fase di Progetto regionale	Allegare alla Relazione finale documentazione relativa all'avvio della metodica.
6	4 3	Miglioramento della qualità assistenziale	A	Analisi esomica di Casi clinici ambulatoriali o provenienti da reparti UTIN con sospetto per sindromi su base genetica e/o malattia rare	Esecuzione di almeno 150 indagini esomica con evidenza di varianti del DNA causative in almeno il 20% dei casi (appropriatezza diagnostica)	

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

DIPARTIMENTO Dipartimento Gestione Avanzata Rischio Riproduttivo e Gravidanze a Rischio

UNITA' OPERATIVA UOC Medicina Fetale Osp. Di Venere

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	4	Appropriatezza setting assistenziale	M	Percentuale aberrazioni genomiche diagnosticate alla diagnosi invasiva mediante prelievo di villi coriali (villocentesi)	%>20% delle procedure invasive	
2	4	Efficienza assistenziale	M	Numero di sedute di counseling organizzate con l'U.O. di Genetica Medica per gestanti con malformazioni fetali cardiache ed extra-cardiache	2021 > 2020	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 2021>2020	

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**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 # 1 2	Sanità digitale	M	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
6 3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulla Raccomandazione n. 1	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 1075/2020	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. Cliniche e le Farmacie Ospedaliere. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
7 3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulle Raccomandazioni n. 6 e 16	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 675/2019	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. Di Anestesia (Ospedali con punto nascita), Ostetricia e Pediatria/UTIN. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
8 3	Clinical governance	A	Modello organizzativo per la gestione dell'accompagnamento dei pazienti e materiali biologici tra le UU.OO. del Presidio mediante l'utilizzo di personale condiviso.	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale di una procedura per P.O.	Obiettivo condiviso tra le DMPO e le UU.OO. del Presidio. Coordinato dalle DMPO

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

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

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

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

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

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

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

**Sottoscritta nel Gennaio 2021**

**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 2018-2019-2020-2021	Redazione Report	Da allegare alla Relazione finale utilizzando la modulistica concordata con l'U.O. Controllo di Gestione
2 # 1	Razionalizzazione della spesa farmaceutica	A	% Piani terapeutici con prescrizione di farmaco biosimilare nel rispetto delle Delibere e Circolari Regionali	> 90% delle nuove prescrizioni	es.: DD.G.R.n.699/2017, n.983/2018, n.1188/2019
3 # 1 2	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	> 5000	
4 3	Clinical governance	A	Procedura per il percorso delle paziente prese in carico dalla PMA di Conversano.	Invio della Procedura con mail all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità. Allegare la mail di invio alla Relazione finale	La procedura dovrà contenere: -Percorso pre-operatorio con stratificaz. del rischio operatorio/anestesiologico -Percorso intraoperatorio, comprese prescriz. terapeutiche per il domicilio, cartella clinica e modalità di dimissioni -Controllo e follow up

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture rispetto all'alimentazione software WCP con % liste abbinate/determine/protocollo >= 80%	Giorni liquidazione fattura ≤ 40 dalla registrazione	Obiettivo rimodulabile in corso d'anno sulla base degli esiti previsti dalla Legge N.145/2018 e D.G.R. N. 1487/2019Certificato 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 2021-2023 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
3	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Trasparenza	Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui al Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021-2023	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009
4	3	Efficienza organizzativa	B	Monitoraggio delle attività delle associazioni di volontariato	Report trimestrale	Da allegare alla Relazione finale
5	3	Formazione	M	Piano di formazione obbligatoria biennale BLSO e ALS per le UU.OO. di P.S. - Anno 2 di 2	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 2020	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

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**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	2021 ≤ 2020	
4 # 4	Clinical governance	M	% Accessi seguiti da ricovero	2021 ≤ 2020	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	Implementazione della Procedura Aziendale sulla Raccomandazione n. 1	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 1075/2020	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. Cliniche e le Farmacie Ospedaliere. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**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 inappropriatazza	2021 ≤ 2020	
4 # 4	Clinical governance	M	% Accessi seguiti da ricovero	2021 ≤ 2020	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	A	Implementazione della Procedura Aziendale sulla Raccomandazione n. 1	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 1075/2020	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. Cliniche e le Farmacie Ospedaliere. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**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	2021 ≤ 2020	
4 # 4	Clinical governance	M	% Accessi seguiti da ricovero	2021 ≤ 2020	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	Implementazione della Procedura Aziendale sulla Raccomandazione n. 1	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 1075/2020	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. Cliniche e le Farmacie Ospedaliere. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**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 inappropriatazza	2021 ≤ 2020	
4 # 4	Clinical governance	M	% Accessi seguiti da ricovero	2021 ≤ 2020	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	Implementazione della Procedura Aziendale sulla Raccomandazione n. 1	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 1075/2020	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. Cliniche e le Farmacie Ospedaliere. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**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 inappropriatazza	2021 ≤ 2020	
4 # 4	Clinical governance	M	% Accessi seguiti da ricovero	2021 ≤ 2020	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	Implementazione della Procedura Aziendale sulla Raccomandazione n. 1	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 1075/2020	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. Cliniche e le Farmacie Ospedaliere. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**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 inappropriatazza	2021 ≤ 2020	
4 # 4	Clinical governance	M	% Accessi seguiti da ricovero	2021 ≤ 2020	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	Implementazione della Procedura Aziendale sulla Raccomandazione n. 1	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 1075/2020	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. Cliniche e le Farmacie Ospedaliere. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**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	2021 ≤ 2020	
4 # 4	Clinical governance	M	% Accessi seguiti da ricovero	2021 ≤ 2020	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	Implementazione della Procedura Aziendale sulla Raccomandazione n. 1	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 1075/2020	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. Cliniche e le Farmacie Ospedaliere. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Miglioramento della qualità assistenziale	M	Elaborazione di 1 protocollo operativo interno all'U.O. relativamente al trattamento in emergenza/urgenza di patologie subacquee	Invio con mail del Protocollo elaborato secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Allegare mail di invio alla Relazione finale
2	3	Efficienza organizzativa	A	Istituzione di nuova cartella medica	Invio con mail della documentazione alla Direzione Medica di Presidio per l'approvazione	Allegare mail di invio alla Relazione finale
3	3	Efficienza organizzativa	A	Istituzione della scheda infermieristica	Invio con mail della documentazione alla Direzione Medica di Presidio per l'approvazione	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 Gennaio 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 4 2	Donazione Organi e/o Tessuti	B	N. donazioni/N. accertamenti morte cerebrale	2021 > 2020	Dati forniti dalla Commissione Trapianti ASL BA
3 3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulla Raccomandazione n. 1	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 1075/2020	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. Cliniche e le Farmacie Ospedaliere. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
4 3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulle Raccomandazioni n. 6 e 16	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 675/2019	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. Di Anestesia (Ospedali con punto nascita), Ostetricia e Pediatria/UTIN. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
5 3	Clinical governance	A	Procedura per la preparazione ed il corretto posizionamento del paziente in sala operatoria	Invio alla U.O. GRC	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. Di Anestesia e Rianimazione. Coordinato da ?
6 3	Clinical governance	A	Modello organizzativo per la gestione dell'accompagnamento dei pazienti e materiali biologici tra le UU.OO. del Presidio mediante l'utilizzo di personale condiviso.	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale di una procedura per P.O.	Obiettivo condiviso tra le DMPO e le UU.OO. del Presidio. Coordinato dalle DMPO

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

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

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulla Raccomandazione n. 1	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 1075/2020	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. Cliniche e le Farmacie Ospedaliere. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
2 3	Clinical governance	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	Clinical governance	A	Procedura per la preparazione ed il corretto posizionamento del paziente in sala operatoria	Invio alla U.O. GRC	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. Di Anestesia e Rianimazione. Coordinato da ?

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

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

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

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

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

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

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

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

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

DIPARTIMENTO Dipartimento della Radiodiagnostica  
 UNITA' OPERATIVA UOC Radiodiagnostica Osp. San Paolo

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

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

DIPARTIMENTO

Dipartimento della Radiodiagnostica

UNITA' OPERATIVA

UOC Radiodiagnostica Osp. Di Venere

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

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Clinical governance	A	Elaborazione di una tabella delle classi espositive di rischio per l'attuazione della direttiva 2013/59/EURATOM (D.Lgs. 31/07/2020, n.101)	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale del documento	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. del Dipartimento e la U.O. Fisica Sanitaria
2	3	Clinical governance	M	Protocollo operativo per la preparazione e controlli di qualità sui radiofarmaci cardiotropi	Invio con mail della procedura secondo DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Allegare mail di invio alla Relazione finale
3	3	Clinical governance	M	Protocollo operativo per la esecuzione di indagini con radiofarmaci cardiotropi	Invio con mail della procedura secondo DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Allegare mail di invio alla Relazione finale
4	3	Clinical governance	M	Protocollo operativo per controlli di qualità su calibratore di dose	Invio con mail della procedura secondo DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. Di Medicina Nucleare e Fisica Sanitaria. Allegare mail di invio alla Relazione finale

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

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

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

DIPARTIMENTO Dipartimento della Radiodiagnostica  
 UNITA' OPERATIVA UOC Radiodiagnostica Osp. Monopoli

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

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

DIPARTIMENTO Dipartimento della Radiodiagnostica  
 UNITA' OPERATIVA UOSVD Radiodiagnostica Osp. Putignano

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

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Efficienza organizzativa	B	Effettuazione esami e refertazione di TC e RM, ove presente entro 72 h. dalla richiesta per pazienti ricoverati	Certificazione semestrale del Direttore Medico di Presidio da inviare al Direttore del Dipartimento	Nelle indagini con mdc le 72 h. decorrono dalla ricezione della richiesta completa di esami ematochimici e/o di eventuali preparazione antiallergica.
2	3 2	Miglioramento della qualità assistenziale	M	Elaborazione e adozione di un protocollo operativo "Raccomandazione per la Donna in allattamento sottoposta ad esami radiologici con l'impiego di mezzo di contrasto endovascolare"	Invio con mail del Protocollo elaborato secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Obiettivo in comune tra UU.OO. di Radiodiagnostica. Coordinato da U.O. Radiodiagnostica Di Venere. Allegare mail di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale
3	3	Efficienza organizzativa	M	Procedura di standardizzazione per la definizione delle attività complementari di Radiologia (sala operatoria, indagini in reparto, etc.)	Invio con mail della Procedura elaborata secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Obiettivo in comune tra UU.OO. di Radiodiagnostica. Coordinato da U.O. Radiodiagnostica Di Venere. Allegare mail di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale
4	3 2	Miglioramento della qualità assistenziale	M	Documento sull'uso dei Dispositivi di Protezione Individuale antiX per pazienti sottoposti a esame radiologici.	Invio con mail della Procedura elaborata secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Obiettivo in comune tra UU.OO. di Radiodiagnostica. Coordinato da U.O. Radiodiagnostica Di Venere. Allegare mail di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale
5	3	Clinical governance	A	Elaborazione di una tabella delle classi espositive di rischio per l'attuazione della direttiva 2013/59/EURATOM (D.Lgs. 31/07/2020, n.101)	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale del documento	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. del Dipartimento e la U.O. Fisica Sanitaria. Coordinato da U.O. Fisica Sanitaria
6	3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulla Raccomandazione n. 1	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 1075/2020	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. Cliniche e le Farmacie Ospedaliere. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

DIPARTIMENTO Dipartimento della Radiodiagnostica  
 UNITA' OPERATIVA UOSVD Radiodiagnostica Osp. Corato

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

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 3	Formazione	B	Organizzazione di eventi formativi per l'applicazione della Procedura per la corretta gestione dei campioni biologici e l'uso dei relativi dispositivi	Organizzazione di un momento formativo rivolto al personale infermieristico dei Centri Prelievo e dei Laboratori Hub e Spoke entro il 31/12/2020	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Patologia Clinica e Direzioni DSS. Coordinato dall'U.O. Patologia Clinica P.O. della Murgia
2 3	Clinical governance	M	Avvio dell'attività di confezionamento sottovuoto dei campioni biologici relativi agli esami estemporanei e relativa formazione del personale del Punto Raccolta di Anatomia Patologica	Confezionamento di oltre il 90% dei campioni dall'avvio della Procedura e oltre il 90% del personale formato	Obiettivo condiviso tra l'U.O. di Patologia Clinica del P.O. S. Paolo e Citopatologia-Screening. Allegare alla Relazione finale il numero di campioni pervenuti e dei campioni confezionati e l'elenco del personale formato
3 3	Clinical governance	A	Procedura Aziendale per la prescrizione di indagini di laboratorio preoperatorie in campo Ortopedico-Traumatologico	Invio con mail alla U.O. GRC	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. Di Patologia Clinica
4 3 1	Clinical governance	A	Proposta di Tariffario ALPI della Diagnostica di Laboratorio	Invio alla Direzione Generale	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. Del Dipartimento
5 3	Clinical governance	A	Proposta di logistica sanitaria in funzione della nuova organizzazione Hub-Spoke della Rete dei laboratori della ASL BA	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. Di Patologia Clinica
6 3	Clinical governance	A	Protocollo operativo per la gestione dei centri Prelievo	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 Gennaio 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3 4	Efficienza operativa	M	Unità di sangue raccolte	2021 ≥ 2020	
2 # 3 1	Efficienza operativa	M	Produzione unità di plasma da destinare alla lavorazione industriale	2021 ≥ 2020	
3 # 3	Efficienza organizzativa	A	Percentuale di Unità di sangue eliminate per cause tecniche	2021<2020	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	Obiettivo comune tra Dipartimento Immunotrasfusionale e UOASSI
5 3	Qualità flussi informativi	B	Trasmissione mensile al CdG dei dati relativi alle cessioni nei riguardi di altri Centri TrASFusionali della ASL e di altre Aziende del SSR e SSN	Trasmissione dei dati entro la fine del mese successivo a quello di riferimento	Dovrà essere utilizzato un tracciato record univoco del Dipartimento concordato con il CdG e specifico per le cessioni di emoderivati, riportante le Strutture destinatarie. Certificato dal CdG
6 3 1	Clinical governance	A	Proposta di Tariffario ALPI della Diagnostica di Laboratorio	Invio alla Direzione Generale	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. Del Dipartimento

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3 4	Efficienza operativa	M	Unità di sangue raccolte	2021 ≥ 2020	
2 # 3 1	Efficienza operativa	M	Produzione unità di plasma da destinare alla lavorazione industriale	2021 ≥ 2020	
3 # 3	Efficienza organizzativa	A	Percentuale di Unità di sangue eliminate per cause tecniche	2021<2020	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	Obiettivo comune tra Dipartimento Immunotrasfusionale e UOASSI
5 3	Qualità flussi informativi	B	Trasmissione mensile al CdG dei dati relativi alle cessioni nei riguardi di altri Centri Trasfusionali della ASL e di altre Aziende del SSR e SSN	Trasmissione dei dati entro la fine del mese successivo a quello di riferimento	Dovrà essere utilizzato un tracciato record univoco del Dipartimento concordato con il CdG e specifico per le cessioni di emoderivati, riportante le Strutture destinatarie. Certificato dal CdG
6 3 1	Clinical governance	A	Proposta di Tariffario ALPI della Diagnostica di Laboratorio	Invio alla Direzione Generale	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. Del Dipartimento

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Formazione	B	Organizzazione di eventi formativi per l'applicazione della Procedura per la corretta gestione dei campioni biologici e l'uso dei relativi dispositivi	Organizzazione di un momento formativo rivolto al personale infermieristico dei Centri Prelievo e dei Laboratori Hub e Spoke entro il 31/12/2020	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Patologia Clinica e Direzioni DSS. Coordinato dall'U.O. Patologia Clinica P.O. della Murgia
2	3	Clinical governance	A	Procedura Aziendale per la prescrizione di indagini di laboratorio preoperatorie in campo Ortopedico-Traumatologico	Invio con mail alla U.O. GRC	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. Di Patologia Clinica
3	3	Clinical governance	A	Proposta di Tariffario ALPI della Diagnostica di Laboratorio	Invio alla Direzione Generale	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. Del Dipartimento
4	3	Clinical governance	A	Proposta di logistica sanitaria in funzione della nuova organizzazione Hub-Spoke della Rete dei laboratori della ASL BA	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. Di Patologia Clinica
5	3	Clinical governance	A	Protocollo operativo per la gestione dei centri Prelievo	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. Di Patologia Clinica
6	2	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 Gennaio 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3 4	Efficienza operativa	M	Unità di sangue raccolte	2021 ≥ 2020	
2 # 3 1	Efficienza operativa	M	Produzione unità di plasma da destinare alla lavorazione industriale	2021 ≥ 2020	
3 # 3	Efficienza organizzativa	A	Percentuale di Unità di sangue eliminate per cause tecniche	2021<2020	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	Obiettivo comune tra Dipartimento Immunotrasfusionale e UOASSI
5 3	Qualità flussi informativi	B	Trasmissione mensile al CdG dei dati relativi alle cessioni nei riguardi di altri Centri TrASFusionali della ASL e di altre Aziende del SSR e SSN	Trasmissione dei dati entro la fine del mese successivo a quello di riferimento	Dovrà essere utilizzato un tracciato record univoco del Dipartimento concordato con il CdG e specifico per le cessioni di emoderivati, riportante le Strutture destinatarie. Certificato dal CdG
6 3 1	Clinical governance	A	Proposta di Tariffario ALPI della Diagnostica di Laboratorio	Invio alla Direzione Generale	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. Del Dipartimento

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**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 GISCI 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.	
6	3	Clinical governance	M	Avvio dell'attività di confezionamento sottovuoto dei campioni biologici relativi agli esami estemporanei e relativa formazione del personale del Punto Raccolta di Anatomia Patologica	Confezionamento di oltre il 90% dei campioni dall'avvio della Procedura e oltre il 90% del personale formato	Obiettivo condiviso tra l'U.O. di Patologia Clinica del P.O. S. Paolo e Citopatologia-Screening. Allegare alla Relazione finale il numero di campioni pervenuti e dei campioni confezionati e l'elenco del personale formato

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Formazione	B	Organizzazione di eventi formativi per l'applicazione della Procedura per la corretta gestione dei campioni biologici e l'uso dei relativi dispositivi	Organizzazione di un momento formativo rivolto al personale infermieristico dei Centri Prelievo e dei Laboratori Hub e Spoke entro il 31/12/2020	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Patologia Clinica e Direzioni DSS. Coordinato dall'U.O. Patologia Clinica P.O. della Murgia
2	3	Clinical governance	A	Procedura Aziendale per la prescrizione di indagini di laboratorio preoperatorie in campo Ortopedico-Traumatologico	Invio con mail alla U.O. GRC	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. Di Patologia Clinica
3	3	Clinical governance	A	Proposta di Tariffario ALPI della Diagnostica di Laboratorio	Invio alla Direzione Generale	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. Del Dipartimento
4	3	Clinical governance	A	Proposta di logistica sanitaria in funzione della nuova organizzazione Hub-Spoke della Rete dei laboratori della ASL BA	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. Di Patologia Clinica
5	3	Clinical governance	A	Protocollo operativo per la gestione dei centri Prelievo	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 Gennaio 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Formazione	B	Organizzazione di eventi formativi per l'applicazione della Procedura per la corretta gestione dei campioni biologici e l'uso dei relativi dispositivi	Organizzazione di un momento formativo rivolto al personale infermieristico dei Centri Prelievo e dei Laboratori Hub e Spoke entro il 31/12/2020	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Patologia Clinica e Direzioni DSS. Coordinato dall'U.O. Patologia Clinica P.O. della Murgia
2	3	Clinical governance	A	Procedura Aziendale per la prescrizione di indagini di laboratorio preoperatorie in campo Ortopedico-Traumatologico	Invio con mail alla U.O. GRC	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. Di Patologia Clinica
3	3 1	Clinical governance	A	Proposta di Tariffario ALPI della Diagnostica di Laboratorio	Invio alla Direzione Generale	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. Del Dipartimento
4	3	Clinical governance	A	Proposta di logistica sanitaria in funzione della nuova organizzazione Hub-Spoke della Rete dei laboratori della ASL BA	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. Di Patologia Clinica
5	3	Clinical governance	A	Protocollo operativo per la gestione dei centri Prelievo	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 Gennaio 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3 4	Efficienza operativa	M	Unità di sangue raccolte	2021 ≥ 2020	
2 # 3 1	Efficienza operativa	M	Produzione unità di plasma da destinare alla lavorazione industriale	2021 ≥ 2020	
3 # 3	Efficienza organizzativa	A	Percentuale di Unità di sangue eliminate per cause tecniche	2021<2020	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	Obiettivo comune tra Dipartimento Immunotrasfusionale e UOASSI
5 3	Qualità flussi informativi	B	Trasmissione mensile al CdG dei dati relativi alle cessioni nei riguardi di altri Centri Trasfusionali della ASL e di altre Aziende del SSR e SSN	Trasmissione dei dati entro la fine del mese successivo a quello di riferimento	Dovrà essere utilizzato un tracciato record univoco del Dipartimento concordato con il CdG e specifico per le cessioni di emoderivati, riportante le Strutture destinatarie. Certificato dal CdG
6 3 1	Clinical governance	A	Proposta di Tariffario ALPI della Diagnostica di Laboratorio	Invio alla Direzione Generale	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. Del Dipartimento

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore		Target	Note
1 # 3 4	Efficienza operativa	M	Unità di sangue raccolte		2021 ≥ 2020	
2 # 3 1	Efficienza operativa	M	Produzione unità di plasma da destinare alla lavorazione industriale		2021 ≥ 2020	
3 # 3	Efficienza organizzativa	A	Percentuale di Unità di sangue eliminate per cause tecniche		2021<2020	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		Obiettivo comune tra Dipartimento Immunotrasfusionale e UOASSI
5 3	Qualità flussi informativi	B	Trasmissione mensile al CdG dei dati relativi alle cessioni nei riguardi di altri Centri Trasfusionali della ASL e di altre Aziende del SSR e SSN	Trasmissione dei dati entro la fine del mese successivo a quello di riferimento		Dovrà essere utilizzato un tracciato record univoco del Dipartimento concordato con il CdG e specifico per le cessioni di emoderivati, riportante le Strutture destinatarie. Certificato dal CdG
6 3 1	Clinical governance	A	Proposta di Tariffario ALPI della Diagnostica di Laboratorio		Invio alla Direzione Generale	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. Del Dipartimento

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Formazione	B	Organizzazione di eventi formativi per l'applicazione della Procedura per la corretta gestione dei campioni biologici e l'uso dei relativi dispositivi	Organizzazione di un momento formativo rivolto al personale infermieristico dei Centri Prelievo e dei Laboratori Hub e Spoke entro il 31/12/2020	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Patologia Clinica e Direzioni DSS. Coordinato dall'U.O. Patologia Clinica P.O. della Murgia
2	3	Clinical governance	A	Procedura Aziendale per la prescrizione di indagini di laboratorio preoperatorie in campo Ortopedico-Traumatologico	Invio con mail alla U.O. GRC	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. Di Patologia Clinica
3	3	Clinical governance	A	Proposta di Tariffario ALPI della Diagnostica di Laboratorio	Invio alla Direzione Generale	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. Del Dipartimento
4	3	Clinical governance	A	Proposta di logistica sanitaria in funzione della nuova organizzazione Hub-Spoke della Rete dei laboratori della ASL BA	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. Di Patologia Clinica
5	3	Clinical governance	A	Protocollo operativo per la gestione dei centri Prelievo	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 Gennaio 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Formazione	B	Organizzazione di eventi formativi per l'applicazione della Procedura per la corretta gestione dei campioni biologici e l'uso dei relativi dispositivi	Organizzazione di un momento formativo rivolto al personale infermieristico dei Centri Prelievo e dei Laboratori Hub e Spoke entro il 31/12/2020	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Patologia Clinica e Direzioni DSS. Coordinato dall'U.O. Patologia Clinica P.O. della Murgia
2	3	Clinical governance	A	Procedura Aziendale per la prescrizione di indagini di laboratorio preoperatorie in campo Ortopedico-Traumatologico	Invio con mail alla U.O. GRC	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. Di Patologia Clinica
3	3	Clinical governance	A	Proposta di Tariffario ALPI della Diagnostica di Laboratorio	Invio alla Direzione Generale	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. Del Dipartimento
4	3	Clinical governance	A	Proposta di logistica sanitaria in funzione della nuova organizzazione Hub-Spoke della Rete dei laboratori della ASL BA	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. Di Patologia Clinica
5	3	Clinical governance	A	Protocollo operativo per la gestione dei centri Prelievo	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 Gennaio 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

DIPARTIMENTO Dipartimento Gestione del Farmaco

UNITA' OPERATIVA UOC Farmacia Territoriale

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture rispetto all'alimentazione software WCP con % liste abbinate/determine/protocollo >= 80%	Giorni liquidazione fattura ≤ 40 dalla registrazione	Obiettivo rimodulabile in corso d'anno sulla base degli esiti previsti dalla Legge N.145/2018 e D.G.R. N. 1487/2019Certificato 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 3	Controllo della Spesa	A	Revisione e adozione della procedura per la prescrizione di Dispositivi Monouso di Assistenza Integrativa da privato e in distribuzione diretta in applicazione del DPCM 12/01/2017	Proposta di Delibera	Obiettivo in comune a tutti i Distretti e U.O. Farmacia Territoriale. Coordinato dal DSS Bari
7 #	3	Efficienza organizzativa	A	Razionalizzazione numero degli ordini delle Farmacie Territoriali	N. ordini 2021 = N. ordini 2019 - 5%	Riferito al Mastro 700.100, con esclusione dei Conti 700.100.00050 e 700.100.00060. Il target si riferisce al valore complessivo delle Farmacie Territoriali
8	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 2020 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 Gennaio 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 all'alimentazione software WCP	100% bolle al netto delle bolle relative al materiale di dialisi peritoneale domiciliare	Obiettivo certificato dalla Direzione Amministrativa di Presidio
2	3 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	4	Efficienza organizzativa	M	Organizzazione di incontri trimestrali con le singole UU.OO. sull'andamento della spesa per beni sanitari	N. 4 Verbali incontri	Incontri da organizzare con le DPO e le Direzioni Amministrative. Da allegare alla Relazione finale
5	1 3	Controllo della Spesa	M	Protocollo per la corretta registrazione sul Sistema EDOTTO dei Farmaci in Somministrazione Ospedaliera e per la corretta gestione della procedura di scarico nella procedura di Magazzino	Invio Protocollo alla Direzione Sanitaria e Amministrativa	Obiettivo in comune a tutte le Farmacie Ospedaliere e alle UU.OO. Di Oncologia, Oculistica e Neurologia. Coordinato dalla Direzione del Dipartimento Gestione del Farmaco. Allegare mail di invio in Relazione
6	3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulla Raccomandazione n. 1	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 1075/2020	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. Cliniche e le Farmacie Ospedaliere. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
7	3	Clinical governance	M	Procedura Aziendale di implementazione della Raccomandazione Ministeriale n. 14 - Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici	Invio con mail della Procedura elaborata secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Obiettivo condiviso tra UU.OO. di Oncologia e Farmacia Ospedaliera del P.O. "San Paolo" e P.O. della Murgia. Coordinato dalla Farmacia Ospedaliera del P.O. "San Paolo" Certificato da UO GRC
8 #	3	Efficienza organizzativa	A	Razionalizzazione numero degli ordini delle Farmacie Ospedaliere	N. ordini 2021 = N. ordini 2019 - 5%	Riferito al Mastro 700.100, con esclusione dei Conti 700.100.00050 e 700.100.00060. Il target si riferisce al valore complessivo delle Farmacie Ospedaliere
9	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 2020 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 Gennaio 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

DIPARTIMENTO Dipartimento Gestione del Farmaco  
 UNITA' OPERATIVA **UOC Farmacia Ospedaliera Osp. Di Venere**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Trasmissione bolle caricate in Euis alla Direzione Amministrativa di Presidio nei modi e tempi utili all'alimentazione software WCP	100% bolle al netto delle bolle relative al materiale di dialisi peritoneale domiciliare	Obiettivo certificato dalla Direzione Amministrativa di Presidio
2	3 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	4	Efficienza organizzativa	M	Organizzazione di incontri trimestrali con le singole UU.OO. sull'andamento della spesa per beni sanitari	N. 4 Verbali incontri	Incontri da organizzare con le DPO e le Direzioni Amministrative. Da allegare alla Relazione finale
5	1 3	Controllo della Spesa	M	Protocollo per la corretta registrazione sul Sistema EDOTTO dei Farmaci in Somministrazione Ospedaliera e per la corretta gestione della procedura di scarico nella procedura di Magazzino	Invio Protocollo alla Direzione Sanitaria e Amministrativa	Obiettivo in comune a tutte le Farmacie Ospedaliere e alle UU.OO. Di Oncologia, Oculistica e Neurologia. Coordinato dalla Direzione del Dipartimento Gestione del Farmaco. Allegare mail di invio in Relazione
6	3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulla Raccomandazione n. 1	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 1075/2020	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. Cliniche e le Farmacie Ospedaliere. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
7	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione	Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dal Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021-2023 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	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 2021-2023	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 #	3	Efficienza organizzativa	A	Razionalizzazione numero degli ordini delle Farmacie Ospedaliere	N. ordini 2021 = N. ordini 2019 - 5%	Il target si riferisce al valore complessivo delle Farmacie Ospedaliere
10	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 2020 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 Gennaio 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

DIPARTIMENTO Dipartimento Gestione del Farmaco  
 UNITA' OPERATIVA UOSVD Farmacia Ospedaliera Osp. della Murgia

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Trasmissione bolle caricate in Euis alla Direzione Amministrativa di Presidio nei modi e tempi utili all'alimentazione software WCP	100% bolle al netto delle bolle relative al materiale di dialisi peritoneale domiciliare	Obiettivo certificato dalla Direzione Amministrativa di Presidio
2	3 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	4	Efficienza organizzativa	M	Organizzazione di incontri trimestrali con le singole UU.OO. sull'andamento della spesa per beni sanitari	N. 4 Verbali incontri	Incontri da organizzare con le DPO e le Direzioni Amministrative. Da allegare alla Relazione finale
5	1 3	Controllo della Spesa	M	Protocollo per la corretta registrazione sul Sistema EDOTTO dei Farmaci in Somministrazione Ospedaliera e per la corretta gestione della procedura di scarico nella procedura di Magazzino	Invio Protocollo alla Direzione Sanitaria e Amministrativa	Obiettivo in comune a tutte le Farmacie Ospedaliere e alle UU.OO. Di Oncologia, Oculistica e Neurologia. Coordinato dalla Direzione del Dipartimento Gestione del Farmaco. Allegare mail di invio in Relazione
6	3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulla Raccomandazione n. 1	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 1075/2020	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. Cliniche e le Farmacie Ospedaliere. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
7 #	3	Efficienza organizzativa	A	Razionalizzazione numero degli ordini delle Farmacie Ospedaliere	N. ordini 2021 = N. ordini 2019 - 5%	Il target si riferisce al valore complessivo delle Farmacie Ospedaliere
8 #	3	Efficienza organizzativa	A	Razionalizzazione numero degli ordini delle Farmacie Ospedaliere	N. ordini 2021 = N. ordini 2019 - 5%	Riferito al Mastro 700.100, con esclusione dei Conti 700.100.00050 e 700.100.00060. Il target si riferisce al valore complessivo delle Farmacie Ospedaliere
9	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 2020 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 Gennaio 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 all'alimentazione software WCP	100% bolle al netto delle bolle relative al materiale di dialisi peritoneale domiciliare	Obiettivo certificato dalla Direzione Amministrativa di Presidio
2	3 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	4	Efficienza organizzativa	M	Organizzazione di incontri trimestrali con le singole UU.OO. sull'andamento della spesa per beni sanitari	N. 4 Verbali incontri	Incontri da organizzare con le DPO e le Direzioni Amministrative. Da allegare alla Relazione finale
5	1 3	Controllo della Spesa	M	Protocollo per la corretta registrazione sul Sistema EDOTTO dei Farmaci in Somministrazione Ospedaliera e per la corretta gestione della procedura di scarico nella procedura di Magazzino	Invio Protocollo alla Direzione Sanitaria e Amministrativa	Obiettivo in comune a tutte le Farmacie Ospedaliere e alle UU.OO. Di Oncologia, Oculistica e Neurologia. Coordinato dalla Direzione del Dipartimento Gestione del Farmaco. Allegare mail di invio in Relazione
6	3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulla Raccomandazione n. 1	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 1075/2020	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. Cliniche e le Farmacie Ospedaliere. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
7 #	3	Efficienza organizzativa	A	Razionalizzazione numero degli ordini delle Farmacie Ospedaliere	N. ordini 2021 = N. ordini 2019 - 5%	Il target si riferisce al valore complessivo delle Farmacie Ospedaliere
8	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 2020 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 Gennaio 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

DIPARTIMENTO Dipartimento Gestione del Farmaco  
 UNITA' OPERATIVA UOSVD Farmacia Ospedaliera Osp. Putignano

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Trasmissione bolle caricate in Euis alla Direzione Amministrativa di Presidio nei modi e tempi utili all'alimentazione software WCP	100% bolle al netto delle bolle relative al materiale di dialisi peritoneale domiciliare	Obiettivo certificato dalla Direzione Amministrativa di Presidio
2	3 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	4	Efficienza organizzativa	M	Organizzazione di incontri trimestrali con le singole UU.OO. sull'andamento della spesa per beni sanitari	N. 4 Verbali incontri	Incontri da organizzare con le DPO e le Direzioni Amministrative. Da allegare alla Relazione finale
5	1 3	Controllo della Spesa	M	Protocollo per la corretta registrazione sul Sistema EDOTTO dei Farmaci in Somministrazione Ospedaliera e per la corretta gestione della procedura di scarico nella procedura di Magazzino	Invio Protocollo alla Direzione Sanitaria e Amministrativa	Obiettivo in comune a tutte le Farmacie Ospedaliere e alle UU.OO. Di Oncologia, Oculistica e Neurologia. Coordinato dalla Direzione del Dipartimento Gestione del Farmaco. Allegare mail di invio in Relazione
6	3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulla Raccomandazione n. 1	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 1075/2020	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. Cliniche e le Farmacie Ospedaliere. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
7 #	3	Efficienza organizzativa	A	Razionalizzazione numero degli ordini delle Farmacie Ospedaliere	N. ordini 2021 = N. ordini 2019 - 5%	Il target si riferisce al valore complessivo delle Farmacie Ospedaliere
8	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 2020 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 Gennaio 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 all'alimentazione software WCP	100% bolle al netto delle bolle relative al materiale di dialisi peritoneale domiciliare	Obiettivo certificato dalla Direzione Amministrativa di Presidio
2	3 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	4	Efficienza organizzativa	M	Organizzazione di incontri trimestrali con le singole UU.OO. sull'andamento della spesa per beni sanitari	N. 4 Verbali incontri	Incontri da organizzare con le DPO e le Direzioni Amministrative. Da allegare alla Relazione finale
5	1 3	Controllo della Spesa	M	Protocollo per la corretta registrazione sul Sistema EDOTTO dei Farmaci in Somministrazione Ospedaliera e per la corretta gestione della procedura di scarico nella procedura di Magazzino	Invio Protocollo alla Direzione Sanitaria e Amministrativa	Obiettivo in comune a tutte le Farmacie Ospedaliere e alle UU.OO. Di Oncologia, Oculistica e Neurologia. Coordinato dalla Direzione del Dipartimento Gestione del Farmaco. Allegare mail di invio in Relazione
6	3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulla Raccomandazione n. 1	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 1075/2020	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. Cliniche e le Farmacie Ospedaliere. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
7 #	3	Efficienza organizzativa	A	Razionalizzazione numero degli ordini delle Farmacie Ospedaliere	N. ordini 2021 = N. ordini 2019 - 5%	Riferito al Mastro 700.100, con esclusione dei Conti 700.100.00050 e 700.100.00060. Il target si riferisce al valore complessivo delle Farmacie Ospedaliere
8	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 2020 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 équipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera équipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

DIPARTIMENTO Dipartimento Gestione del Farmaco  
 UNITA' OPERATIVA UOSVD Farmacia Ospedaliera Osp. Corato

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Trasmissione bolle caricate in Euis alla Direzione Amministrativa di Presidio nei modi e tempi utili all'alimentazione software WCP	100% bolle al netto delle bolle relative al materiale di dialisi peritoneale domiciliare	Obiettivo certificato dalla Direzione Amministrativa di Presidio
2	3 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	4	Efficienza organizzativa	M	Organizzazione di incontri trimestrali con le singole UU.OO. sull'andamento della spesa per beni sanitari	N. 4 Verbali incontri	Incontri da organizzare con le DPO e le Direzioni Amministrative. Da allegare alla Relazione finale
5	1 3	Controllo della Spesa	M	Protocollo per la corretta registrazione sul Sistema EDOTTO dei Farmaci in Somministrazione Ospedaliera e per la corretta gestione della procedura di scarico nella procedura di Magazzino	Invio Protocollo alla Direzione Sanitaria e Amministrativa	Obiettivo in comune a tutte le Farmacie Ospedaliere e alle UU.OO. Di Oncologia, Oculistica e Neurologia. Coordinato dalla Direzione del Dipartimento Gestione del Farmaco. Allegare mail di invio in Relazione
6	3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulla Raccomandazione n. 1	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 1075/2020	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. Cliniche e le Farmacie Ospedaliere. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
7 #	3	Efficienza organizzativa	A	Razionalizzazione numero degli ordini delle Farmacie Ospedaliere	N. ordini 2021 = N. ordini 2019 - 5%	Riferito al Mastro 700.100, con esclusione dei Conti 700.100.00050 e 700.100.00060. Il target si riferisce al valore complessivo delle Farmacie Ospedaliere
8	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 2020 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 équipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera équipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**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 3	Integrazione Ospedale-Territorio	A	Protocollo per la gestione, nella Struttura ospedaliera di riferimento, delle complicanze insorgenti in pazienti in Day Service chirurgico/oculistico erogato presso Strutture Territoriali	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale della procedura per P.O.	Condiviso tra DSS 3, 5, 10, 12 e 13, UU.OO. Day Service Oculistico e Polispes. Chir. di Terlizzi, DMPO e UU.OO. di Chir. Gen., Ortop. e Ocul. dei P.O. "S. Paolo", Molfetta, Murgia, Di Venere, Monopoli e Putignano. Coordinato dalle DMPO
4 3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulla Raccomandazione n. 1	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 1075/2020	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. Cliniche e le Farmacie Ospedaliere. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

DIPARTIMENTO Dipartimento di Assistenza Territoriale  
 UNITA' OPERATIVA UOSVD Day Service Oculistico PPA Terlizzi

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 3	Formazione	B	Organizzazione Evento formativo per il personale medico e infermieristico delle UU.OO. della ASL	Almeno un evento formativo per P.O. sede di un'U.O. di Oftalmologia	Nella Relazione finale indicare data, sede, argomento e partecipanti. Obiettivo condiviso tra UU.OO. Di Oftalmologia
2 3	Appropriatezza prescrittiva	A	Numero di schede di monitoraggio sulla piattaforma AIFA relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	Numero di schede = 0	Certificato dal Dipartimento del Farmaco
4 1 3	Controllo della Spesa	M	Protocollo per la corretta registrazione sul Sistema EDOTTO dei Farmaci in Somministrazione Ospedaliera e per la corretta gestione della procedura di scarico nella procedura di Magazzino	Invio Protocollo alla Direzione Sanitaria e Amministrativa	Obiettivo in comune a tutte le Farmacie Ospedaliere e alle UU.OO. Di Oncologia, Oculistica e Neurologia. Coordinato dalla Direzione del Dipartimento Gestione del Farmaco. Allegare mail di invio in Relazione
5 3	Integrazione Ospedale-Territorio	A	Proposta di organizzazione integrata Ospedale-Territorio dell'attività oftalmologica per la diagnosi ed il trattamento del Glaucoma	Invio Procedura alla Direzione Sanitaria Aziendale	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. di Oftalmologia con il coinvolgimento degli specialisti distrettuali coordinato dal Direttore Oftalmologia del P.O. "Di Venere"
6 3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulla Raccomandazione n. 1	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 1075/2020	Obiettivo condiviso tra tutte le UU.OO. Cliniche e le Farmacie Ospedaliere. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
7 3	Integrazione Ospedale-Territorio	A	Protocollo per la gestione, nella Struttura ospedaliera di riferimento, delle complicanze insorgenti in pazienti in Day Service chirurgico/oculistico erogato presso Strutture Territoriali	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale della procedura per P.O.	Condiviso tra DSS 3, 5, 10, 12 e 13, UU.OO. Day Service Oculistico e Polispec. Chir. di Terlizzi, DMPO e UU.OO. di Chir. Gen., Ortop. e Ocul. dei P.O. "S. Paolo", Molfetta, Murgia, Di Venere, Monopoli e Putignano. Coordinato dalle DMPO

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**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	70%	
2	3	Efficienza operativa	M	Controllo di qualità su apparecchiature di nuova attivazione N.ro nuovi controlli / N.ro apparecchiature di nuova attivazione	100%	
3	3	Efficienza operativa	M	N.ro schede personali dosimetriche aggiornate/ N.ro schede totali	90%	
4	3	Efficienza operativa	M	N.ro misure di esposizioni ambientali/N.ro diagnostiche radiologiche	90%	
5	3	Efficienza organizzativa	M	Applicazione del protocollo operativo delle attività propedeutiche all'attivazione delle apparecchiature radiologiche per la parte di competenza.	Applicazione del protocollo nel 100% delle attivazioni	Obiettivo condiviso tra Ingegneria Clinica, AGT, Fisica Sanitaria e S.P.P. Certificato dalla Fisica Sanitaria
6	3	Clinical governance	A	Elaborazione di una tabella delle classi espositive di rischio per l'attuazione della direttiva 2013/59/EURATOM (D.Lgs. 31/07/2020, n.101)	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale del documento	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. del Dipartimento e la U.O. Fisica Sanitaria. Coordinato da U.O. Fisica Sanitaria
7	3	Clinical governance	M	Protocollo operativo per controlli di qualità su calibratore di dose	nvio con mail della procedura secondo DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. Di Medicina Nucleare e Fisica Sanitaria. Allegare mail di invio alla Relazione finale

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**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 trimestrali con le singole UU.OO. sull'andamento della spesa per beni sanitari	N. 4 Verballi 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	Note di trasmissione da allegare alla Relazione annuale	Certificazione a cura delle Direzioni Amministrative di Presidio da inviare entro il 30 Aprile 2020 all'U.O. Controllo di Gestione
4	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione	Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dal Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021-2023 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
5	3	Formazione	B	Organizzazione di eventi formativi sull'appropriatezza prescrittiva dei Dispositivi Monouso di Assistenza Integrativa (All. 2 al DPCM 12/01/2017)	Un evento per gli Specialisti territoriali ed uno per gli Specialisti ospedalieri	Obiettivo in comune a tutti i Distretti e DMPO. Coordinato dal DSS Bari
6	3	Integrazione Ospedale-Territorio	A	Protocollo per la gestione, nella Struttura ospedaliera di riferimento, delle complicanze insorgenti in pazienti in Day Service chirurgico/oculistico erogato presso Strutture Territoriali	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale della procedura per P.O.	Condiviso tra DSS 3, 5, 10, 12 e 13, UU.OO. Day Service Oculistico e Polispec. Chir. di Terlizzi, DMPO e UU.OO. di Chir. Gen., Ortop. e Ocul. dei P.O. "S. Paolo", Molfetta, Murgia, Di Venere, Monopoli e Putignano. Coordinato dalle DMPO
7	3	Clinical governance	A	Modello organizzativo per la gestione dell'accompagnamento dei pazienti e materiali biologici tra le UU.OO. del Presidio mediante l'utilizzo di personale condiviso.	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale di una procedura per P.O.	Obiettivo condiviso tra le DMPO e le UU.OO. del Presidio. Coordinato dalle DMPO

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**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 trimestrali con le singole UU.OO. sull'andamento della spesa per beni sanitari	N. 4 Verballi 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	Note di trasmissione da allegare alla Relazione annuale	Certificazione a cura delle Direzioni Amministrative di Presidio da inviare entro il 30 Aprile 2020 all'U.O. Controllo di Gestione
4	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione	Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dal Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021-2023 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
5	3	Formazione	B	Organizzazione di eventi formativi sull'appropriatezza prescrittiva dei Dispositivi Monouso di Assistenza Integrativa (All. 2 al DPCM 12/01/2017)	Un evento per gli Specialisti territoriali ed uno per gli Specialisti ospedalieri	Obiettivo in comune a tutti i Distretti e DMPO. Coordinato dal DSS Bari
6	3	Integrazione Ospedale-Territorio	A	Protocollo per la gestione, nella Struttura ospedaliera di riferimento, delle complicanze insorgenti in pazienti in Day Service chirurgico/oculistico erogato presso Strutture Territoriali	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale della procedura per P.O.	Condiviso tra DSS 3, 5, 10, 12 e 13, UU.OO. Day Service Oculistico e Polispec. Chir. di Terlizzi, DMPO e UU.OO. di Chir. Gen., Ortop. e Ocul. dei P.O. "S. Paolo", Molfetta, Murgia, Di Venere, Monopoli e Putignano. Coordinato dalle DMPO
7	3	Clinical governance	A	Modello organizzativo per la gestione dell'accompagnamento dei pazienti e materiali biologici tra le UU.OO. del Presidio mediante l'utilizzo di personale condiviso.	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale di una procedura per P.O.	Obiettivo condiviso tra le DMPO e le UU.OO. del Presidio. Coordinato dalle DMPO

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**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 trimestrali con le singole UU.OO. sull'andamento della spesa per beni sanitari	N. 4 Verbalì incontri	Incontri da organizzare con la U.O. Farmacia, la Direzione Amministrativa e le UU.OO. Da allegare alla Relazione finale
3	3	Efficienza organizzativa	A	Trasmissione mensile entro 10 gg. dalla fine del mese di riferimento alla Direzione Amministrativa di Presidio dei dati necessari alla fatturazione mensile da parte delle ditte fornitrici dei servizi di	Note di trasmissione da allegare alla Relazione annuale	Certificazione a cura delle Direzioni Amministrative di Presidio da inviare entro il 30 Aprile 2020 all'U.O. Controllo di Gestione
4	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione	Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dal Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021-2023 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
5	3	Formazione	B	Organizzazione di eventi formativi sull'appropriatezza prescrittiva dei Dispositivi Monouso di Assistenza Integrativa (All. 2 al DPCM 12/01/2017)	Un evento per gli Specialisti territoriali ed uno per gli Specialisti ospedalieri	Obiettivo in comune a tutti i Distretti e DMPO. Coordinato dal DSS Bari
6	3	Integrazione Ospedale-Territorio	A	Protocollo per la gestione, nella Struttura ospedaliera di riferimento, delle complicanze insorgenti in pazienti in Day Service chirurgico/oculistico erogato presso Strutture Territoriali	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale della procedura per P.O.	Condiviso tra DSS 3, 5, 10, 12 e 13, UU.OO. Day Service Oculistico e Polispec. Chir. di Terlizzi, DMPO e UU.OO. di Chir. Gen., Ortop. e Ocul. dei P.O. "S. Paolo", Molfetta, Murgia, Di Venere, Monopoli e Putignano. Coordinato dalle DMPO
7	3	Clinical governance	A	Modello organizzativo per la gestione dell'accompagnamento dei pazienti e materiali biologici tra le UU.OO. del Presidio mediante l'utilizzo di personale condiviso.	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale di una procedura per P.O.	Obiettivo condiviso tra le DMPO e le UU.OO. del Presidio. Coordinato dalle DMPO

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

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

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

\*\* Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**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 trimestrali con le singole UU.OO. sull'andamento della spesa per beni sanitari	N. 4 Verbalì incontri	Incontri da organizzare con la U.O. Farmacia, la Direzione Amministrativa e le UU.OO. Da allegare alla Relazione finale
3	3	Efficienza organizzativa	A	Trasmissione mensile entro 10 gg. dalla fine del mese di riferimento alla Direzione Amministrativa di Presidio dei dati necessari alla fatturazione mensile da parte delle ditte fornitrici dei servizi di	Note di trasmissione da allegare alla Relazione annuale	Certificazione a cura delle Direzioni Amministrative di Presidio da inviare entro il 30 Aprile 2020 all'U.O. Controllo di Gestione
4	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione	Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dal Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021-2023 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
5	3	Formazione	B	Organizzazione di eventi formativi sull'appropriatezza prescrittiva dei Dispositivi Monouso di Assistenza Integrativa (All. 2 al DPCM 12/01/2017)	Un evento per gli Specialisti territoriali ed uno per gli Specialisti ospedalieri	Obiettivo in comune a tutti i Distretti e DMPO. Coordinato dal DSS Bari
6	3	Integrazione Ospedale-Territorio	A	Protocollo per la gestione, nella Struttura ospedaliera di riferimento, delle complicanze insorgenti in pazienti in Day Service chirurgico/oculistico erogato presso Strutture Territoriali	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale della procedura per P.O.	Condiviso tra DSS 3, 5, 10, 12 e 13, UU.OO. Day Service Oculistico e Polispec. Chir. di Terlizzi, DMPO e UU.OO. di Chir. Gen., Ortop. e Ocul. dei P.O. "S. Paolo", Molfetta, Murgia, Di Venere, Monopoli e Putignano. Coordinato dalle DMPO
7	3	Clinical governance	A	Modello organizzativo per la gestione dell'accompagnamento dei pazienti e materiali biologici tra le UU.OO. del Presidio mediante l'utilizzo di personale condiviso.	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale di una procedura per P.O.	Obiettivo condiviso tra le DMPO e le UU.OO. del Presidio. Coordinato dalle DMPO

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

\* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

\*\* Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**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 trimestrali con le singole UU.OO. sull'andamento della spesa per beni sanitari	N. 4 Verballi 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	Note di trasmissione da allegare alla Relazione annuale	Certificazione a cura delle Direzioni Amministrative di Presidio da inviare entro il 30 Aprile 2020 all'U.O. Controllo di Gestione
4	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione	Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dal Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021-2023 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
5	3	Formazione	B	Organizzazione di eventi formativi sull'appropriatezza prescrittiva dei Dispositivi Monouso di Assistenza Integrativa (All. 2 al DPCM 12/01/2017)	Un evento per gli Specialisti territoriali ed uno per gli Specialisti ospedalieri	Obiettivo in comune a tutti i Distretti e DMPO. Coordinato dal DSS Bari
6	3	Integrazione Ospedale-Territorio	A	Protocollo per la gestione, nella Struttura ospedaliera di riferimento, delle complicanze insorgenti in pazienti in Day Service chirurgico/oculistico erogato presso Strutture Territoriali	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale della procedura per P.O.	Condiviso tra DSS 3, 5, 10, 12 e 13, UU.OO. Day Service Oculistico e Polispec. Chir. di Terlizzi, DMPO e UU.OO. di Chir. Gen., Ortop. e Ocul. dei P.O. "S. Paolo", Molfetta, Murgia, Di Venere, Monopoli e Putignano. Coordinato dalle DMPO
7	3	Clinical governance	A	Modello organizzativo per la gestione dell'accompagnamento dei pazienti e materiali biologici tra le UU.OO. del Presidio mediante l'utilizzo di personale condiviso.	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale di una procedura per P.O.	Obiettivo condiviso tra le DMPO e le UU.OO. del Presidio. Coordinato dalle DMPO

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

\* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

\*\* Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**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 trimestrali con le singole UU.OO. sull'andamento della spesa per beni sanitari	N. 4 Verbalì incontri	Incontri da organizzare con la U.O. Farmacia, la Direzione Amministrativa e le UU.OO. Da allegare alla Relazione finale
3	3	Efficienza organizzativa	A	Trasmissione mensile entro 10 gg. dalla fine del mese di riferimento alla Direzione Amministrativa di Presidio dei dati necessari alla fatturazione mensile da parte delle ditte fornitrici dei servizi di	Note di trasmissione da allegare alla Relazione annuale	Certificazione a cura delle Direzioni Amministrative di Presidio da inviare entro il 30 Aprile 2020 all'U.O. Controllo di Gestione
4	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione	Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dal Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021-2023 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
5	3	Formazione	B	Organizzazione di eventi formativi sull'appropriatezza prescrittiva dei Dispositivi Monouso di Assistenza Integrativa (All. 2 al DPCM 12/01/2017)	Un evento per gli Specialisti territoriali ed uno per gli Specialisti ospedalieri	Obiettivo in comune a tutti i Distretti e DMPO. Coordinato dal DSS Bari
6	3	Integrazione Ospedale-Territorio	A	Protocollo per la gestione, nella Struttura ospedaliera di riferimento, delle complicanze insorgenti in pazienti in Day Service chirurgico/oculistico erogato presso Strutture Territoriali	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale della procedura per P.O.	Condiviso tra DSS 3, 5, 10, 12 e 13, UU.OO. Day Service Oculistico e Polispec. Chir. di Terlizzi, DMPO e UU.OO. di Chir. Gen., Ortop. e Ocul. dei P.O. "S. Paolo", Molfetta, Murgia, Di Venere, Monopoli e Putignano. Coordinato dalle DMPO
7	3	Clinical governance	A	Modello organizzativo per la gestione dell'accompagnamento dei pazienti e materiali biologici tra le UU.OO. del Presidio mediante l'utilizzo di personale condiviso.	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale di una procedura per P.O.	Obiettivo condiviso tra le DMPO e le UU.OO. del Presidio. Coordinato dalle DMPO

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

\* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

\*\* Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**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 trimestrali con le singole UU.OO. sull'andamento della spesa per beni sanitari	N. 4 Verbalì incontri	Incontri da organizzare con la U.O. Farmacia, la Direzione Amministrativa e le UU.OO. Da allegare alla Relazione finale
3	3	Efficienza organizzativa	A	Trasmissione mensile entro 10 gg. dalla fine del mese di riferimento alla Direzione Amministrativa di Presidio dei dati necessari alla fatturazione mensile da parte delle ditte fornitrici dei servizi di	Note di trasmissione da allegare alla Relazione annuale	Certificazione a cura delle Direzioni Amministrative di Presidio da inviare entro il 30 Aprile 2020 all'U.O. Controllo di Gestione
4	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione	Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dal Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021-2023 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
5	3	Formazione	B	Organizzazione di eventi formativi sull'appropriatezza prescrittiva dei Dispositivi Monouso di Assistenza Integrativa (All. 2 al DPCM 12/01/2017)	Un evento per gli Specialisti territoriali ed uno per gli Specialisti ospedalieri	Obiettivo in comune a tutti i Distretti e DMPO. Coordinato dal DSS Bari
6	3	Integrazione Ospedale-Territorio	A	Protocollo per la gestione, nella Struttura ospedaliera di riferimento, delle complicanze insorgenti in pazienti in Day Service chirurgico/oculistico erogato presso Strutture Territoriali	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale della procedura per P.O.	Condiviso tra DSS 3, 5, 10, 12 e 13, UU.OO. Day Service Oculistico e Polispec. Chir. di Terlizzi, DMPO e UU.OO. di Chir. Gen., Ortop. e Ocul. dei P.O. "S. Paolo", Molfetta, Murgia, Di Venere, Monopoli e Putignano. Coordinato dalle DMPO
7	3	Clinical governance	A	Modello organizzativo per la gestione dell'accompagnamento dei pazienti e materiali biologici tra le UU.OO. del Presidio mediante l'utilizzo di personale condiviso.	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale di una procedura per P.O.	Obiettivo condiviso tra le DMPO e le UU.OO. del Presidio. Coordinato dalle DMPO

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

\* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

\*\* Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture rispetto all'alimentazione software WCP con % liste abbinate/determine/protocollo >= 80%	Giorni liquidazione fattura ≤ 40 dalla registrazione	Obiettivo rimodulabile in corso d'anno sulla base degli esiti previsti dalla Legge N.145/2018 e D.G.R. N. 1487/2019Certificato dall'AGRF
2	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Trasparenza	Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui al Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021-2023	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009
3	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione	Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dal Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021-2023 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
4	3	Controllo della spesa	M	Monitoraggio trimestrale delle competenze accessorie per il personale dell'area di Comparto	N. 4 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 trimestrali con le singole UU.OO. sull'andamento della spesa per beni sanitari	N. 4 Verbali incontri	Incontri da organizzare con la U.O. Farmacia e la Direzione Medica.Da allegare alla Relazione finale
7	3	Efficienza organizzativa	M	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale	Riscontro entro 15 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo	Certificato dal Direttore Amministrativo Aziendale
8	3	Monitoraggio attività libero professionale per la verifica del rispetto del vincolo di non superamento dei volumi di attività istituzionale	M	Relazione trimestrale per il raffronto dei dati dei volumi di attività istituzionale / dati dei volumi di attività in ALPI e verifica del rispetto dello svolgimento di quest'ultima nella fascia oraria autorizzata	N.4 Relazioni trimestrali e almeno un controllo annuale del 30% dei medici autorizzati sul rispetto dell'ALPI nella fascia oraria autorizzata	Inviare i Report trimestrali e la Relazione annuale alla DMPO e per conoscenza all'AGRU. Allegare i 4 Report e la Relazione di controllo alla relazione finale da inviare all'STP
9	1	Controllo della spesa	A	Monitoraggio timbrature per prestazioni aggiuntive	N. 4 Relazioni trimestrali da inviare alla Direzione Sanitaria Aziendale e alla DMPO	
10	1 3	Efficienza organizzativa	A	Elaborazione di una Procedura per la gestione amministrativo-contabile dell'ALPI (fatturazione all'utenza ed incasso tramite POS)	Invio Proposta della Procedura alla Direzione Amministrativa entro il 30/06/2021	Obiettivo condiviso tra Direzioni Amministrative di P.O. e AGRF

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

\* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

\*\* Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

DIPARTIMENTO Dipartimento Amministrativo

UNITA' OPERATIVA UOC Direzione Amministrativa Osp. Di Venere-Triggiano-Monopoli-Putignano

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture rispetto all'alimentazione software WCP con % liste abbinate/determine/protocollo >= 80%	Giorni liquidazione fattura ≤ 40 dalla registrazione	Obiettivo rimodulabile in corso d'anno sulla base degli esiti previsti dalla Legge N.145/2018 e D.G.R. N. 1487/2019Certificato dall'AGRF
2	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Trasparenza	Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui al Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021-2023	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009
3	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione	Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dal Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021-2023 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
4	3	Controllo della spesa	M	Monitoraggio trimestrale delle competenze accessorie per il personale dell'area di Comparto	N. 4 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 trimestrali con le singole UU.OO. sull'andamento della spesa per beni sanitari	N. 4 Verbali incontri	Incontri da organizzare con la U.O. Farmacia e la Direzione Medica.Da allegare alla Relazione finale
7	3	Efficienza organizzativa	M	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale	Riscontro entro 15 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo	Certificato dal Direttore Amministrativo Aziendale
8	3	Monitoraggio attività libero professionale per la verifica del rispetto del vincolo di non superamento dei volumi di attività istituzionale	M	Relazione trimestrale per il raffronto dei dati dei volumi di attività istituzionale / dati dei volumi di attività in ALPI e verifica del rispetto dello svolgimento di quest'ultima nella fascia oraria autorizzata	N.4 Relazioni trimestrali e almeno un controllo annuale del 30% dei medici autorizzati sul rispetto dell'ALPI nella fascia oraria autorizzata	Inviare i Report trimestrali e la Relazione annuale alla DMPO e per conoscenza all'AGRU. Allegare i 4 Report e la Relazione di controllo alla relazione finale da inviare all'STP
9	1	Controllo della spesa	A	Monitoraggio timbrature per prestazioni aggiuntive	N. 4 Relazioni trimestrali da inviare alla Direzione Sanitaria Aziendale e alla DMPO	
10	1 3	Efficienza organizzativa	A	Elaborazione di una Procedura per la gestione amministrativo-contabile dell'ALPI (fatturazione all'utenza ed incasso tramite POS)	Invio Proposta della Procedura alla Direzione Amministrativa entro il 30/06/2021	Obiettivo condiviso tra Direzioni Amministrative di P.O. e AGRF

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

\* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

\*\* Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture rispetto all'alimentazione software WCP con % liste abbinate/determine/protocollo >= 80%	Giorni liquidazione fattura ≤ 40 dalla registrazione	Obiettivo rimodulabile in corso d'anno sulla base degli esiti previsti dalla Legge N.145/2018 e D.G.R. N. 1487/2019Al netto delle fatture contestate.Certificato dall'AGRF
2	3 4	Appropriatezza prescrittiva	M	Relazione trimestrale sulla verifica dei comportamenti prescrittivi inappropriati, sulla base dei report trimestrali sull'appropriatezza da parte dell'Area Farmaceutica	N. 4 Relazioni trimestrali da inviare alla Direzione Generale	D.D. N. 16 del 30/12/2016 Dip. Promozione Salute.Indicare nella Relazione conclusiva i Numeri di protocollo
3	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione	Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dal Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021-2023 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
4	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Trasparenza	Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui al Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021-2023	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009
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	1 3	Controllo della Spesa	A	Revisione e adozione della procedura per la prescrizione di Dispositivi Monouso di Assistenza Integrativa da privato e in distribuzione diretta in applicazione del DPCM 12/01/2017	Proposta di Delibera	Obiettivo in comune a tutti i Distretti e U.O. Farmacia Territoriale. Coordinato da un Direttore di DSS delegato dal Direttore di Dipartimento
7	1 3	Efficienza organizzativa	M	Procedure di Gara sotto soglia affidate dalla Dir. Amministrativa DAPI	Atto di indizione o aggiudicazione di almeno una procedura di gara, ove assegnata	
8	3	Formazione	B	Eventi formativi per l'applicazione della Procedura per la corretta gestione dei campioni biologici e l'uso dei relativi dispositivi	Partecipazione di almeno 80% del personale addetto individuato dal Direttore del Distretto (Centri Prelievo, ADI e personale Poliambulatori)	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Patologia Clinica e Direzioni DSS. Coordinato dall'U.O. Patologia Clinica P.O. della Murgia
9	3	Efficienza organizzativa	M	Analisi del fabbisogno specialistica ambulatoriale per DSS	Relazione al Direttore Sanitario entro il 30/09/2021	
10	3	Efficienza organizzativa	M	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale	Riscontro entro 15 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo	Certificato dal Direttore Amministrativo Aziendale

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

\* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

\*\* Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture rispetto all'alimentazione software WCP con % liste abbinate/determine/protocollo >= 80%	Giorni liquidazione fattura ≤ 40 dalla registrazione	Obiettivo rimodulabile in corso d'anno sulla base degli esiti previsti dalla Legge N.145/2018 e D.G.R. N. 1487/2019Al netto delle fatture contestate.Certificato dall'AGRF
2	3 4	Appropriatezza prescrittiva	M	Relazione trimestrale sulla verifica dei comportamenti prescrittivi inappropriati, sulla base dei report trimestrali sull'appropriatezza da parte dell'Area Farmaceutica	N. 4 Relazioni trimestrali da inviare alla Direzione Generale	D.D. N. 16 del 30/12/2016 Dip. Promozione Salute.Indicare nella Relazione conclusiva i Numeri di protocollo
3	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione	Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dal Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021-2023 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
4	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Trasparenza	Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui al Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021-2023	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009
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	1 3	Controllo della Spesa	A	Revisione e adozione della procedura per la prescrizione di Dispositivi Monouso di Assistenza Integrativa da privato e in distribuzione diretta in applicazione del DPCM 12/01/2017	Proposta di Delibera	Obiettivo in comune a tutti i Distretti e U.O. Farmacia Territoriale. Coordinato da un Direttore di DSS delegato dal Direttore di Dipartimento
7	1 3	Efficienza organizzativa	M	Procedure di Gara sotto soglia affidate dalla Dir. Amministrativa DAPI	Atto di indizione o aggiudicazione di almeno una procedura di gara, ove assegnata	
8	3	Formazione	B	Eventi formativi per l'applicazione della Procedura per la corretta gestione dei campioni biologici e l'uso dei relativi dispositivi	Partecipazione di almeno 80% del personale addetto individuato dal Direttore del Distretto (Centri Prelievo, ADI e personale Poliambulatori)	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Patologia Clinica e Direzioni DSS. Coordinato dall'U.O. Patologia Clinica P.O. della Murgia
9	3	Efficienza organizzativa	M	Analisi del fabbisogno specialistica ambulatoriale per DSS	Relazione al Direttore Sanitario entro il 30/09/2021	
10	3	Efficienza organizzativa	M	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale	Riscontro entro 15 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo	Certificato dal Direttore Amministrativo Aziendale

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

\* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

\*\* Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture rispetto all'alimentazione software WCP con % liste abbinate/determine/protocollo >= 80%	Giorni liquidazione fattura ≤ 40 dalla registrazione	Obiettivo rimodulabile in corso d'anno sulla base degli esiti previsti dalla Legge N.145/2018 e D.G.R. N. 1487/2019Al netto delle fatture contestate.Certificato dall'AGRF
2	3 4	Appropriatezza prescrittiva	M	Relazione trimestrale sulla verifica dei comportamenti prescrittivi inappropriati, sulla base dei report trimestrali sull'appropriatezza da parte dell'Area Farmaceutica	N. 4 Relazioni trimestrali da inviare alla Direzione Generale	D.D. N. 16 del 30/12/2016 Dip. Promozione Salute.Indicare nella Relazione conclusiva i Numeri di protocollo
3	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione	Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dal Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021-2023 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
4	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Trasparenza	Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui al Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021-2023	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009
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	1 3	Controllo della Spesa	A	Revisione e adozione della procedura per la prescrizione di Dispositivi Monouso di Assistenza Integrativa da privato e in distribuzione diretta in applicazione del DPCM 12/01/2017	Proposta di Delibera	Obiettivo in comune a tutti i Distretti e U.O. Farmacia Territoriale. Coordinato da un Direttore di DSS delegato dal Direttore di Dipartimento
7	1 3	Efficienza organizzativa	M	Procedure di Gara sotto soglia affidate dalla Dir. Amministrativa DAPI	Atto di indizione o aggiudicazione di almeno una procedura di gara, ove assegnata	
8	3	Formazione	B	Eventi formativi per l'applicazione della Procedura per la corretta gestione dei campioni biologici e l'uso dei relativi dispositivi	Partecipazione di almeno 80% del personale addetto individuato dal Direttore del Distretto (Centri Prelievo, ADI e personale Poliambulatori)	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Patologia Clinica e Direzioni DSS. Coordinato dall'U.O. Patologia Clinica P.O. della Murgia
9	3	Efficienza organizzativa	M	Analisi del fabbisogno specialistica ambulatoriale per DSS	Relazione al Direttore Sanitario entro il 30/09/2021	
10	3	Efficienza organizzativa	M	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale	Riscontro entro 15 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo	Certificato dal Direttore Amministrativo Aziendale

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

\* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

\*\* Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture rispetto all'alimentazione software WCP con % liste abbinate/determine/protocollo >= 80%	Giorni liquidazione fattura ≤ 40 dalla registrazione	Obiettivo rimodulabile in corso d'anno sulla base degli esiti previsti dalla Legge N.145/2018 e D.G.R. N. 1487/2019Al netto delle fatture contestate.Certificato dall'AGRF
2	3 4	Appropriatezza prescrittiva	M	Relazione trimestrale sulla verifica dei comportamenti prescrittivi inappropriati, sulla base dei report trimestrali sull'appropriatezza da parte dell'Area Farmaceutica	N. 4 Relazioni trimestrali da inviare alla Direzione Generale	D.D. N. 16 del 30/12/2016 Dip. Promozione Salute.Indicare nella Relazione conclusiva i Numeri di protocollo
3	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione	Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dal Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021-2023 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
4	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Trasparenza	Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui al Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021-2023	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009
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	1 3	Controllo della Spesa	A	Revisione e adozione della procedura per la prescrizione di Dispositivi Monouso di Assistenza Integrativa da privato e in distribuzione diretta in applicazione del DPCM 12/01/2017	Proposta di Delibera	Obiettivo in comune a tutti i Distretti e U.O. Farmacia Territoriale. Coordinato da un Direttore di DSS delegato dal Direttore di Dipartimento
7	1 3	Efficienza organizzativa	M	Procedure di Gara sotto soglia affidate dalla Dir. Amministrativa DAPI	Atto di indizione o aggiudicazione di almeno una procedura di gara, ove assegnata	
8	3	Formazione	B	Eventi formativi per l'applicazione della Procedura per la corretta gestione dei campioni biologici e l'uso dei relativi dispositivi	Partecipazione di almeno 80% del personale addetto individuato dal Direttore del Distretto (Centri Prelievo, ADI e personale Poliambulatori)	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Patologia Clinica e Direzioni DSS. Coordinato dall'U.O. Patologia Clinica P.O. della Murgia
9	3	Efficienza organizzativa	M	Analisi del fabbisogno specialistica ambulatoriale per DSS	Relazione al Direttore Sanitario entro il 30/09/2021	
10	3	Efficienza organizzativa	M	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale	Riscontro entro 15 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo	Certificato dal Direttore Amministrativo Aziendale

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

\* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

\*\* Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture rispetto all'alimentazione software WCP con % liste abbinate/determine/protocollo >= 80%	Giorni liquidazione fattura ≤ 40 dalla registrazione	Obiettivo rimodulabile in corso d'anno sulla base degli esiti previsti dalla Legge N.145/2018 e D.G.R. N. 1487/2019Al netto delle fatture contestate.Certificato dall'AGRF
2	3 4	Appropriatezza prescrittiva	M	Relazione trimestrale sulla verifica dei comportamenti prescrittivi inappropriati, sulla base dei report trimestrali sull'appropriatezza da parte dell'Area Farmaceutica	N. 4 Relazioni trimestrali da inviare alla Direzione Generale	D.D. N. 16 del 30/12/2016 Dip. Promozione Salute.Indicare nella Relazione conclusiva i Numeri di protocollo
3	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione	Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dal Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021-2023 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
4	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Trasparenza	Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui al Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021-2023	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009
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	1 3	Controllo della Spesa	A	Revisione e adozione della procedura per la prescrizione di Dispositivi Monouso di Assistenza Integrativa da privato e in distribuzione diretta in applicazione del DPCM 12/01/2017	Proposta di Delibera	Obiettivo in comune a tutti i Distretti e U.O. Farmacia Territoriale. Coordinato da un Direttore di DSS delegato dal Direttore di Dipartimento
7	1 3	Efficienza organizzativa	M	Procedure di Gara sotto soglia affidate dalla Dir. Amministrativa DAPI	Atto di indizione o aggiudicazione di almeno una procedura di gara, ove assegnata	
8	3	Formazione	B	Eventi formativi per l'applicazione della Procedura per la corretta gestione dei campioni biologici e l'uso dei relativi dispositivi	Partecipazione di almeno 80% del personale addetto individuato dal Direttore del Distretto (Centri Prelievo, ADI e personale Poliambulatori)	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Patologia Clinica e Direzioni DSS. Coordinato dall'U.O. Patologia Clinica P.O. della Murgia
9	3	Efficienza organizzativa	M	Analisi del fabbisogno specialistica ambulatoriale per DSS	Relazione al Direttore Sanitario entro il 30/09/2021	
10	3	Efficienza organizzativa	M	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale	Riscontro entro 15 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo	Certificato dal Direttore Amministrativo Aziendale
11	3	Integrazione Ospedale-Territorio	A	Protocollo per la gestione, nella Struttura ospedaliera di riferimento, delle complicanze insorgenti in pazienti in Day Service chirurgico/oculistico erogato presso Strutture Territoriali	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale della procedura per P.O.	Condiviso tra DSS 3, 5, 10, 12 e 13, UU.OO. Day Service Oculistico e Polispec. Chir. di Terlizzi, DMPO e UU.OO. di Chir. Gen., Ortop. e Ocul. dei P.O. "S. Paolo", Molfetta, Murgia, Di Venere, Monopoli e Putignano. Coordinato dalle DMPO

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

\* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

\*\* Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture rispetto all'alimentazione software WCP con % liste abbinate/determine/protocollo >= 80%	Giorni liquidazione fattura ≤ 40 dalla registrazione	Obiettivo rimodulabile in corso d'anno sulla base degli esiti previsti dalla Legge N.145/2018 e D.G.R. N. 1487/2019Al netto delle fatture contestate.Certificato dall'AGRF
2	3 4	Appropriatezza prescrittiva	M	Relazione trimestrale sulla verifica dei comportamenti prescrittivi inappropriati, sulla base dei report trimestrali sull'appropriatezza da parte dell'Area Farmaceutica	N. 4 Relazioni trimestrali da inviare alla Direzione Generale	D.D. N. 16 del 30/12/2016 Dip. Promozione Salute.Indicare nella Relazione conclusiva i Numeri di protocollo
3	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione	Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dal Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021-2023 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
4	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Trasparenza	Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui al Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021-2023	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009
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	1 3	Controllo della Spesa	A	Revisione e adozione della procedura per la prescrizione di Dispositivi Monouso di Assistenza Integrativa da privato e in distribuzione diretta in applicazione del DPCM 12/01/2017	Proposta di Delibera	Obiettivo in comune a tutti i Distretti e U.O. Farmacia Territoriale. Coordinato da un Direttore di DSS delegato dal Direttore di Dipartimento
7	1 3	Efficienza organizzativa	M	Procedure di Gara sotto soglia affidate dalla Dir. Amministrativa DAPI	Atto di indizione o aggiudicazione di almeno una procedura di gara, ove assegnata	
8	3	Formazione	B	Eventi formativi per l'applicazione della Procedura per la corretta gestione dei campioni biologici e l'uso dei relativi dispositivi	Partecipazione di almeno 80% del personale addetto individuato dal Direttore del Distretto (Centri Prelievo, ADI e personale Poliambulatori)	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Patologia Clinica e Direzioni DSS. Coordinato dall'U.O. Patologia Clinica P.O. della Murgia
9	3	Efficienza organizzativa	M	Analisi del fabbisogno specialistica ambulatoriale per DSS	Relazione al Direttore Sanitario entro il 30/09/2021	
10	3	Efficienza organizzativa	M	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale	Riscontro entro 15 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo	Certificato dal Direttore Amministrativo Aziendale
11	2 3	Integrazione Ospedale-Territorio	M	N. prestazioni prenotate su Agende condivise tra Consulenti del DSS BA e U.O. Ostetricia e Ginecologia del P.O. "San Paolo" per l'ottimizzazione del percorso di accesso alle cure ostetrico-	>10 all'anno	Obiettivo condiviso tra il DSS BA e U.O. Ostetricia e Ginecologia P.O. "San Paolo". Subordinato alla ripresa delle attività ostetrico-ginecologicheno Covid presso il P.O. "San Paolo"

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

\* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

\*\* Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta nel Gennaio 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 rispetto all'alimentazione software WCP con % liste abbinate/determine/protocollo >= 80%	Giorni liquidazione fattura ≤ 40 dalla registrazione	Obiettivo rimodulabile in corso d'anno sulla base degli esiti previsti dalla Legge N.145/2018 e D.G.R. N. 1487/2019Al netto delle fatture contestate.Certificato dall'AGRF
2	3 4	Appropriatezza prescrittiva	M	Relazione trimestrale sulla verifica dei comportamenti prescrittivi inappropriati, sulla base dei report trimestrali sull'appropriatezza da parte dell'Area Farmaceutica	N. 4 Relazioni trimestrali da inviare alla Direzione Generale	D.D. N. 16 del 30/12/2016 Dip. Promozione Salute.Indicare nella Relazione conclusiva i Numeri di protocollo
3	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione	Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dal Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021-2023 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
4	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Trasparenza	Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui al Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021-2023	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009
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	1 3	Controllo della Spesa	A	Revisione e adozione della procedura per la prescrizione di Dispositivi Monouso di Assistenza Integrativa da privato e in distribuzione diretta in applicazione del DPCM 12/01/2017	Proposta di Delibera	Obiettivo in comune a tutti i Distretti e U.O. Farmacia Territoriale. Coordinato da un Direttore di DSS delegato dal Direttore di Dipartimento
7	1 3	Efficienza organizzativa	M	Procedure di Gara sotto soglia affidate dalla Dir. Amministrativa DAPI	Atto di indizione o aggiudicazione di almeno una procedura di gara, ove assegnata	
8	3	Formazione	B	Eventi formativi per l'applicazione della Procedura per la corretta gestione dei campioni biologici e l'uso dei relativi dispositivi	Partecipazione di almeno 80% del personale addetto individuato dal Direttore del Distretto (Centri Prelievo, ADI e personale Poliambulatori)	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Patologia Clinica e Direzioni DSS. Coordinato dall'U.O. Patologia Clinica P.O. della Murgia
9	3	Efficienza organizzativa	M	Analisi del fabbisogno specialistica ambulatoriale per DSS	Relazione al Direttore Sanitario entro il 30/09/2021	
10	3	Efficienza organizzativa	M	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale	Riscontro entro 15 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo	Certificato dal Direttore Amministrativo Aziendale

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

\* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

\*\* Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture rispetto all'alimentazione software WCP con % liste abbinate/determine/protocollo >= 80%	Giorni liquidazione fattura ≤ 40 dalla registrazione	Obiettivo rimodulabile in corso d'anno sulla base degli esiti previsti dalla Legge N.145/2018 e D.G.R. N. 1487/2019Al netto delle fatture contestate. Certificato dall'AGRF
2	3 4	Appropriatezza prescrittiva	M	Relazione trimestrale sulla verifica dei comportamenti prescrittivi inappropriati, sulla base dei report trimestrali sull'appropriatezza da parte dell'Area Farmaceutica	N. 4 Relazioni trimestrali da inviare alla Direzione Generale	D.D. N. 16 del 30/12/2016 Dip. Promozione Salute. Indicare nella Relazione conclusiva i Numeri di protocollo
3	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione	Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dal Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021-2023 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
4	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Trasparenza	Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui al Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021-2023	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009
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	1 3	Controllo della Spesa	A	Revisione e adozione della procedura per la prescrizione di Dispositivi Monouso di Assistenza Integrativa da privato e in distribuzione diretta in applicazione del DPCM 12/01/2017	Proposta di Delibera	Obiettivo in comune a tutti i Distretti e U.O. Farmacia Territoriale. Coordinato da un Direttore di DSS delegato dal Direttore di Dipartimento
7	1 3	Efficienza organizzativa	M	Procedure di Gara sotto soglia affidate dalla Dir. Amministrativa DAPI	Atto di indizione o aggiudicazione di almeno una procedura di gara, ove assegnata	
8	3	Formazione	B	Eventi formativi per l'applicazione della Procedura per la corretta gestione dei campioni biologici e l'uso dei relativi dispositivi	Partecipazione di almeno 80% del personale addetto individuato dal Direttore del Distretto (Centri Prelievo, ADI e personale Poliambulatori)	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Patologia Clinica e Direzioni DSS. Coordinato dall'U.O. Patologia Clinica P.O. della Murgia
9	3	Efficienza organizzativa	M	Analisi del fabbisogno specialistica ambulatoriale per DSS	Relazione al Direttore Sanitario entro il 30/09/2021	
10	3	Efficienza organizzativa	M	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale	Riscontro entro 15 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo	Certificato dal Direttore Amministrativo Aziendale
11	3	Integrazione Ospedale-Territorio	A	Protocollo per la gestione, nella Struttura ospedaliera di riferimento, delle complicanze insorgenti in pazienti in Day Service chirurgico/oculistico erogato presso Strutture Territoriali	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale della procedura per P.O.	Condiviso tra DSS 3, 5, 10, 12 e 13, UU.OO. Day Service Oculistico e Polispec. Chir. di Terlizzi, DMPO e UU.OO. di Chir. Gen., Ortop. e Ocul. dei P.O. "S. Paolo", Molfetta, Murgia, Di Venere, Monopoli e Putignano. Coordinato dalle DMPO

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

\* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

\*\* Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture rispetto all'alimentazione software WCP con % liste abbinate/determine/protocollo >= 80%	Giorni liquidazione fattura ≤ 40 dalla registrazione	Obiettivo rimodulabile in corso d'anno sulla base degli esiti previsti dalla Legge N.145/2018 e D.G.R. N. 1487/2019Al netto delle fatture contestate.Certificato dall'AGRF
2	3 4	Appropriatezza prescrittiva	M	Relazione trimestrale sulla verifica dei comportamenti prescrittivi inappropriati, sulla base dei report trimestrali sull'appropriatezza da parte dell'Area Farmaceutica	N. 4 Relazioni trimestrali da inviare alla Direzione Generale	D.D. N. 16 del 30/12/2016 Dip. Promozione Salute.Indicare nella Relazione conclusiva i Numeri di protocollo
3	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione	Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dal Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021-2023 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
4	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Trasparenza	Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui al Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021-2023	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009
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	1 3	Controllo della Spesa	A	Revisione e adozione della procedura per la prescrizione di Dispositivi Monouso di Assistenza Integrativa da privato e in distribuzione diretta in applicazione del DPCM 12/01/2017	Proposta di Delibera	Obiettivo in comune a tutti i Distretti e U.O. Farmacia Territoriale. Coordinato da un Direttore di DSS delegato dal Direttore di Dipartimento
7	1 3	Efficienza organizzativa	M	Procedure di Gara sotto soglia affidate dalla Dir. Amministrativa DAPI	Atto di indizione o aggiudicazione di almeno una procedura di gara, ove assegnata	
8	3	Formazione	B	Eventi formativi per l'applicazione della Procedura per la corretta gestione dei campioni biologici e l'uso dei relativi dispositivi	Partecipazione di almeno 80% del personale addetto individuato dal Direttore del Distretto (Centri Prelievo, ADI e personale Poliambulatori)	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Patologia Clinica e Direzioni DSS. Coordinato dall'U.O. Patologia Clinica P.O. della Murgia
9	3	Efficienza organizzativa	M	Analisi del fabbisogno specialistica ambulatoriale per DSS	Relazione al Direttore Sanitario entro il 30/09/2021	
10	3	Efficienza organizzativa	M	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale	Riscontro entro 15 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo	Certificato dal Direttore Amministrativo Aziendale

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

\* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

\*\* Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture rispetto all'alimentazione software WCP con % liste abbinate/determine/protocollo >= 80%	Giorni liquidazione fattura ≤ 40 dalla registrazione	Obiettivo rimodulabile in corso d'anno sulla base degli esiti previsti dalla Legge N.145/2018 e D.G.R. N. 1487/2019AI netto delle fatture contestate. Certificato dall'AGRF
2	3 4	Appropriatezza prescrittiva	M	Relazione trimestrale sulla verifica dei comportamenti prescrittivi inappropriati, sulla base dei report trimestrali sull'appropriatezza da parte dell'Area Farmaceutica	N. 4 Relazioni trimestrali da inviare alla Direzione Generale	D.D. N. 16 del 30/12/2016 Dip. Promozione Salute. Indicare nella Relazione conclusiva i Numeri di protocollo
3	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione	Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dal Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021-2023 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
4	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Trasparenza	Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui al Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021-2023	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009
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	1 3	Controllo della Spesa	A	Revisione e adozione della procedura per la prescrizione di Dispositivi Monouso di Assistenza Integrativa da privato e in distribuzione diretta in applicazione del DPCM 12/01/2017	Proposta di Delibera	Obiettivo in comune a tutti i Distretti e U.O. Farmacia Territoriale. Coordinato da un Direttore di DSS delegato dal Direttore di Dipartimento
7	1 3	Efficienza organizzativa	M	Procedure di Gara sotto soglia affidate dalla Dir. Amministrativa DAPI	Atto di indizione o aggiudicazione di almeno una procedura di gara, ove assegnata	
8	3	Formazione	B	Eventi formativi per l'applicazione della Procedura per la corretta gestione dei campioni biologici e l'uso dei relativi dispositivi	Partecipazione di almeno 80% del personale addetto individuato dal Direttore del Distretto (Centri Prelievo, ADI e personale Poliambulatori)	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Patologia Clinica e Direzioni DSS. Coordinato dall'U.O. Patologia Clinica P.O. della Murgia
9	3	Efficienza organizzativa	M	Analisi del fabbisogno specialistica ambulatoriale per DSS	Relazione al Direttore Sanitario entro il 30/09/2021	
10	3	Efficienza organizzativa	M	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale	Riscontro entro 15 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo	Certificato dal Direttore Amministrativo Aziendale
11	3	Integrazione Ospedale-Territorio	A	Protocollo per la gestione, nella Struttura ospedaliera di riferimento, delle complicanze insorgenti in pazienti in Day Service chirurgico/oculistico erogato presso Strutture Territoriali	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale della procedura per P.O.	Condiviso tra DSS 3, 5, 10, 12 e 13, UU.OO. Day Service Oculistico e Polispec. Chir. di Terlizzi, DMPO e UU.OO. di Chir. Gen., Ortop. e Ocul. dei P.O. "S. Paolo", Molfetta, Murgia, Di Venere, Monopoli e Putignano. Coordinato dalle DMPO

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

\* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

\*\* Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture rispetto all'alimentazione software WCP con % liste abbinate/determine/protocollo >= 80%	Giorni liquidazione fattura ≤ 40 dalla registrazione	Obiettivo rimodulabile in corso d'anno sulla base degli esiti previsti dalla Legge N.145/2018 e D.G.R. N. 1487/2019Al netto delle fatture contestate.Certificato dall'AGRF
2	3 4	Appropriatezza prescrittiva	M	Relazione trimestrale sulla verifica dei comportamenti prescrittivi inappropriati, sulla base dei report trimestrali sull'appropriatezza da parte dell'Area Farmaceutica	N. 4 Relazioni trimestrali da inviare alla Direzione Generale	D.D. N. 16 del 30/12/2016 Dip. Promozione Salute.Indicare nella Relazione conclusiva i Numeri di protocollo
3	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione	Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dal Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021-2023 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
4	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Trasparenza	Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui al Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021-2023	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009
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	1 3	Controllo della Spesa	A	Revisione e adozione della procedura per la prescrizione di Dispositivi Monouso di Assistenza Integrativa da privato e in distribuzione diretta in applicazione del DPCM 12/01/2017	Proposta di Delibera	Obiettivo in comune a tutti i Distretti e U.O. Farmacia Territoriale. Coordinato da un Direttore di DSS delegato dal Direttore di Dipartimento
7	1 3	Efficienza organizzativa	M	Procedure di Gara sotto soglia affidate dalla Dir. Amministrativa DAPI	Atto di indizione o aggiudicazione di almeno una procedura di gara, ove assegnata	
8	3	Formazione	B	Eventi formativi per l'applicazione della Procedura per la corretta gestione dei campioni biologici e l'uso dei relativi dispositivi	Partecipazione di almeno 80% del personale addetto individuato dal Direttore del Distretto (Centri Prelievo, ADI e personale Poliambulatori)	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Patologia Clinica e Direzioni DSS. Coordinato dall'U.O. Patologia Clinica P.O. della Murgia
9	3	Efficienza organizzativa	M	Analisi del fabbisogno specialistica ambulatoriale per DSS	Relazione al Direttore Sanitario entro il 30/09/2021	
10	3	Efficienza organizzativa	M	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale	Riscontro entro 15 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo	Certificato dal Direttore Amministrativo Aziendale
11	3	Integrazione Ospedale-Territorio	A	Protocollo per la gestione, nella Struttura ospedaliera di riferimento, delle complicanze insorgenti in pazienti in Day Service chirurgico/oculistico erogato presso Strutture Territoriali	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale della procedura per P.O.	Condiviso tra DSS 3, 5, 10, 12 e 13, UU.OO. Day Service Oculistico e Polispec. Chir. di Terlizzi, DMPO e UU.OO. di Chir. Gen., Ortop. e Ocul. dei P.O. "S. Paolo", Molfetta, Murgia, Di Venere, Monopoli e Putignano. Coordinato dalle DMPO

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

\* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

\*\* Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture rispetto all'alimentazione software WCP con % liste abbinate/determine/protocollo >= 80%	Giorni liquidazione fattura ≤ 40 dalla registrazione	Obiettivo rimodulabile in corso d'anno sulla base degli esiti previsti dalla Legge N.145/2018 e D.G.R. N. 1487/2019Al netto delle fatture contestate.Certificato dall'AGRF
2	3 4	Appropriatezza prescrittiva	M	Relazione trimestrale sulla verifica dei comportamenti prescrittivi inappropriati, sulla base dei report trimestrali sull'appropriatezza da parte dell'Area Farmaceutica	N. 4 Relazioni trimestrali da inviare alla Direzione Generale	D.D. N. 16 del 30/12/2016 Dip. Promozione Salute.Indicare nella Relazione conclusiva i Numeri di protocollo
3	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione	Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dal Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021-2023 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
4	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Trasparenza	Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui al Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021-2023	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009
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	1 3	Controllo della Spesa	A	Revisione e adozione della procedura per la prescrizione di Dispositivi Monouso di Assistenza Integrativa da privato e in distribuzione diretta in applicazione del DPCM 12/01/2017	Proposta di Delibera	Obiettivo in comune a tutti i Distretti e U.O. Farmacia Territoriale. Coordinato da un Direttore di DSS delegato dal Direttore di Dipartimento
7	1 3	Efficienza organizzativa	M	Procedure di Gara sotto soglia affidate dalla Dir. Amministrativa DAPI	Atto di indizione o aggiudicazione di almeno una procedura di gara, ove assegnata	
8	3	Formazione	B	Eventi formativi per l'applicazione della Procedura per la corretta gestione dei campioni biologici e l'uso dei relativi dispositivi	Partecipazione di almeno 80% del personale addetto individuato dal Direttore del Distretto (Centri Prelievo, ADI e personale Poliambulatori)	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Patologia Clinica e Direzioni DSS. Coordinato dall'U.O. Patologia Clinica P.O. della Murgia
9	3	Efficienza organizzativa	M	Analisi del fabbisogno specialistica ambulatoriale per DSS	Relazione al Direttore Sanitario entro il 30/09/2021	
10	3	Efficienza organizzativa	M	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale	Riscontro entro 15 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo	Certificato dal Direttore Amministrativo Aziendale

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

\* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

\*\* Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Efficienza organizzativa	A	Definizione dell'AS IS delle procedure amministrative e definizione del TO BE, con l'individuazione delle Best Practices tese alla formalizzazione di procedure standardizzate per tutti i DSS	Almeno 5 procedure standardizzate trasmesse alla Direzione Amministrativa	Allegare alla Relazione finale i Numeri di Protocollo delle Note di trasmissione
2	1 3	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	M	Monitoraggio per DSS dei tempi di pagamento delle fatture con 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 2021-2023 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
4	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Trasparenza	Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui al Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021-2023	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009
5	3	Efficienza organizzativa	B	Azioni propedeutiche per il monitoraggio delle Macrostrutture sull'attività libero professionale per la verifica del rispetto del vincolo di non superamento dei volumi di attività istituzionale	Invio mensile dei dati relativi all'attività ALPI alle Macrostrutture interessate, necessari al monitoraggio del non superamento dei volumi di attività istituzionale	Allegare Note di protocollo degli invii
6	3	Efficienza organizzativa	A	Espletamento Gare sotto soglia dopo la ricezione dei capitolati tecnici (DDG 2161/2016)	Aggiudicazione di N. 2 gare	Le gare devono essere svolte con la collaborazione dei Dirigenti Amm.vi dei Distretti (individuati nella veste di RUP)
7	3	Efficienza organizzativa	A	Coordinamento Procedure di Gara sotto soglia assegnate ai DD.SS.SS.	Assegnazione di almeno 5 procedure di gara	
8	3	Efficienza organizzativa	M	Elaborazione Piano fabbisogni dei beni durevoli dell'Assistenza Territoriale propedeutico alla redazione del Piano degli Investimenti 2022-2023	Invio alla U.O. Ingegneria Clinica	Allegare Nota di protocollo dell'invio alla Relazione finale
9	3	Efficienza organizzativa	M	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale	Riscontro entro 15 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo	Certificato dal Direttore Amministrativo Aziendale
10	1 3	Efficienza organizzativa	A	Verifica sulla corretta esecuzione dei contratti affidati a fornitori per servizi complessi inerenti l'assistenza territoriale in qualità di DEC	Esecuzione della funzione di DEC su almeno 2 contratti d'appalto territoriali affidati dalla centrale regionale (ausili ad assorbimento / ossigeno terapia domiciliare)	Nella Relazione finale allegare relazione sull'attività svolta
11	3	Efficienza organizzativa	M	Gestione amministrativa e giuridica del personale assegnato all'UOC Medicina Penitenziaria	Gestione della Rilevazione Presenze, adozione di atti di liquidazione delle competenze accessorie e di astensione da lavoro (congedi, aspettative, benefici legge 104 ecc)	Nella Relazione finale allegare elenco dei provvedimenti adottati e gestione in rilevazione presenze delle risorse
12	1 3	Efficienza organizzativa	M	Efficientamento del Ciclo Passivo	Proposta operativa per la riduzione del numero di fatture passive da inviare alla Direzione Amministrativa Aziendale	

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera équipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera équipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

\* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

\*\* Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3 2	Clinical governance	A	Procedura per cure palliative destinati a persone affette da malattie rare	Invio con mail della Procedura elaborata secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Obiettivo condiviso tra Centro Territoriale Malattie Rare (Coordinatore) e U.O.C. Cure Palliative. Allegare mail di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale
2	3	Qualità flussi informativi	B	Trasmissione mensile al CdG dei dati relativi alle attività degli Hospice	Trasmissione dei dati entro la fine del mese successivo a quello di riferimento mediante file Excel	Dovrà essere utilizzato un tracciato record definito dal CdG. Certificato dal CdG
3	3	Qualità flussi informativi	B	Trasmissione mensile al CdG del numero degli accessi in ADI da parte del personale dipendente, distinto per Macroarea, tipologia di operatore e tipologia di prestazione	Trasmissione dei dati entro la fine del mese successivo a quello di riferimento mediante file Excel	Dovrà essere utilizzato un tracciato record definito dal CdG. Certificato dal CdG
4	3	Efficienza operativa	A	Attivazione di Ambulatori di Terapia del Dolore e Cure Palliative	Almeno 1 ambulatorio	
5	2	Clinical governance	A	Procedura per inserimento domiciliare di Cateteri Venosi Centrali ad inserzione periferica	Invio con mail della Procedura elaborata secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	.Allegare mail di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

\* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

\*\* Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta nel Gennaio 2021

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**