

**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI**

**OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023**

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 PTPCT 2022-2024 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura e trasmissione della proposta di rotazione degli incarichi	Certificato da RPCT
2	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Trasparenza	Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui al Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2022-2024	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009
3	3	Efficienza organizzativa	M	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	Implementazione di procedura informatica per la definizione del Piano dei fabbisogni e relativo monitoraggio	Attivazione della procedura entro il 31/12/2023	
5	1	Efficienza organizzativa	A	Monitoraggio del rispetto dei vincoli di finanza pubblica in occasione dei CE trimestrali	Trasmissione ad AGRF della relazione e dei relativi prospetti di monitoraggio relativi al I, II e III trimestre entro il mese successivo	Certificato da AGRF
6	3	Efficienza organizzativa	A	Redazione Bilancio di Genere 2022	Predisposizione Bozza Bilancio di Genere entro il 31/12/2023	Obiettivo condiviso tra AGRF, AGRU e Controllo di Gestione
7	2	Comunicazione istituzionale	B	Invio dei dati all'U.O. Servizio di Informazione e Comunicazione istituzionale per l'aggiornamento del Portale aziendale	Invio quadrimestrale dei dati	Certificato dall'U.O. Servizio di Informazione e Comunicazione istituzionale
8	1	Efficienza organizzativa	A	Completamento della Contrattazione Integrativa per l'utilizzo dei Fondi Aziendali del Comparto	Completamento entro il 31/12/2023	
9	1	Efficienza organizzativa	M	Avvio recupero quote retroattive rivenienti da allineamento MEF-MMG-PLS	Rispetto procedure e termini come da indicazioni regionali	
10	1	Efficienza organizzativa	M	Implementazione PIAO per la parte di competenza dell'AGRU	Predisposizione documentazione relativa al fabbisogno del personale da inserire nel PIAO entro il 31/12/2023	
11	1	Monitoraggio attività libero professionale	A	Supporto alla Direzione Strategica per la riorganizzazione dell'ALPI	Aggiornamento del Regolamento ALPI entro il 30/06/2023	
12	1	Efficienza organizzativa	M	Predisposizione protocollo operativo per la gestione del contenzioso del lavoro	Proposta del Regolamento alla Direzione Strategica entro il 31/12/2023	Obiettivo condiviso tra SBL e AGRU. Coordinato da SBL

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE AREA**

**DIRETTORE GENERALE**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI**

**OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023**

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 2022-2024 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
2	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Trasparenza	Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui al Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2022-2024	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009
3 #	1	Rispetto dei tempi di pagamento	A	Tempo medio annuo di pagamento delle fatture dopo la liquidazione delle stesse	Emissione ordinativi di pagamento entro 15 giorni dalla liquidazione	Dati rilevati da Cruscotto Qlikview su ITP (Data pagamento - Data liquidazione) [con tolleranza del 5%]
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	M	Implementazione procedura di pagamento delle prestazioni attive esclusivamente tramite il sistema PagoPA	Sostituzione di tutti i POS entro il 31/12/2023	Obiettivo condiviso tra UOASSI, AGRF e AGP. Coordinato da UOASSI
6	3	Efficienza organizzativa	A	Redazione Bilancio di Genere 2022	Predisposizione Bozza Bilancio di Genere entro il 31/12/2023	Obiettivo condiviso tra AGRF, AGRU e Controllo di Gestione
7	2	Comunicazione istituzionale	B	Invio dei dati all'U.O. Servizio di Informazione e Comunicazione istituzionale per l'aggiornamento del Portale aziendale	Invio quadrimestrale dei dati	Certificato dall'U.O. Servizio di Informazione e Comunicazione istituzionale
8	1	Monitoraggio attività libero professionale	A	Predisposizione CE ALPI 1 Semestre 2023	Predisposizione entro il 30/09/2023	Obiettivo condiviso tra AGRF e Controllo di Gestione
9	1	Efficienza organizzativa	A	Monitoraggio PNRR	Almeno 4 riunioni del gruppo di lavoro PNRR	
10	1	Certificazione dei Bilanci	A	Completamento del Percorso Attuativo Certificabilità dei Bilanci	Certificazione Bilancio di Esercizio 2022	
11	1	Efficienza organizzativa	M	Svincolo delle somme vincolate per pignoramenti	Somme vincolate per pignoramento al 31/12/2022 ridotte del 15%	Obiettivo condiviso tra AGRF e SBL
12	1	Efficienza organizzativa	A	Revisione della Procedura per la gestione dei pignoramenti mobiliari presso terzi	Invio della revisione della Procedura alla Direzione Strategica	
13	1	Efficienza organizzativa	M	Predisposizione protocollo operativo per la gestione dei provvedimenti monitori	Proposta del Regolamento alla Direzione Strategica entro il 31/12/2023	Obiettivo condiviso tra SBL e AGRF. Coordinato da SBL

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE AREA**

**DIRETTORE GENERALE**

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023

DIPARTIMENTO Dipartimento investimenti, acquisti e tecnologie

UNITA' OPERATIVA UOC Area Gestione Tecnica

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture	Giorni liquidazione fattura ≤ 40 dalla registrazione	Obiettivo rimodulabile in corso d'anno sulla base degli esiti previsti dalla Legge N.145/2018 e D.G.R. N. 1487/2019 Certificato dall'AGRF
2	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione	Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dal Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2022-2024 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
3	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Trasparenza	Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui al Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2022-2024	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009
4	3	Efficienza organizzativa	M	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale	Riscontro entro 15 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo	Certificato dal Direttore Amministrativo Aziendale
5	3	Efficienza organizzativa	M	Rispetto dei target di spesa per la Rendicontazione dei Fondi Europei	Inserimento nella Piattaforma MirWeb della documentazione relativa alle acquisizioni finanziate	Copia da allegare alla Relazione finale
6	3	Efficienza organizzativa	A	P.N.R.R.: Supporto al gruppo di lavoro aziendale per le attività richieste dalla Regione	Invio Relazione di competenza periodica (Quadrimestrale) alla Direzione Strategica	
7	1	Efficienza organizzativa	A	Rendicontazione degli interventi di cui all'Art.2 decreto Legge n. 34/2020 (Decreto rilancio)	Rendicontazione al 100% degli interventi previsti	Obiettivo condiviso con tra AGT e Ingegneria Clinica
8	3	Efficienza organizzativa	A	Completamento installazione apparecchiature Radiologiche di cui alla procedura di gara aggiudicata con DDG n. 1161/2019	Installazione del 100% delle apparecchiature entro Dicembre 2023	Obiettivo condiviso tra Ingegneria Clinica e AGT. Coordinato da Ingegneria Clinica
9	3	Efficienza organizzativa	A	Indizione procedure di gara per l'acquisizione degli arredi non sanitari per il Nuovo Ospedale di Monopoli - Fasano	trasmissione capitolati tecnici da parte dell'AGT e proposta delibera di indizione entro il 30/04/2023	Obiettivo condiviso tra AGP, AGT e Direzione Amministrativa P.O Bari Sud. Coordinato da 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 Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE AREA**

**DIRETTORE GENERALE**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI**

**OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023**

DIPARTIMENTO Dipartimento investimenti, acquisti e tecnologie

UNITA' OPERATIVA **UOC Area Gestione Patrimonio**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture	Giorni liquidazione fattura ≤ 40 dalla registrazione	Obiettivo rimodulabile in corso d'anno sulla base degli esiti previsti dalla Legge N.145/2018 e D.G.R. N. 1487/2019 Certificato dall'AGRF
2	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione	Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dal Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2022-2024 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
3	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Trasparenza	Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui al Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2022-2024	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009
4	3	Efficienza organizzativa	M	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale	Riscontro entro 15 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo	Certificato dal Direttore Amministrativo Aziendale
5	3	Efficienza organizzativa	A	Indizione procedure di gara per l'acquisizione degli arredi non sanitari per il Nuovo Ospedale di Monopoli - Fasano	Trasmissione capitolati tecnici da parte dell'AGT e proposta delibera di indizione entro il 30/04/2023	Obiettivo condiviso tra AGP, AGT e Direzione Amministrativa P.O Bari Sud. Coordinato da AGP
6	3	Efficienza organizzativa	A	Indizione procedure di gara per l'acquisizione delle Apparecchiature medicali ed arredi sanitari per il Nuovo Ospedale di Monopoli - Fasano	Trasmissione capitolati tecnici da parte dell'Ingegneria Clinica e proposta delibera di indizione entro il 30/04/2023	Obiettivo condiviso tra Ingegneria Clinica, AGP e Direzione Amministrativa P.O Bari Sud. Coordinato da AGP
7	1	Efficienza organizzativa	M	Indizione Procedura di Gara per il Contact Center CUP	Proposta Delibera di indizione entro il 30/04/2023	Obiettivo condiviso tra AGP e UOASSI.
8	3	Efficienza organizzativa	A	P.N.R.R.: Supporto al gruppo di lavoro aziendale per le attività richieste dalla Regione	Invio Relazione di competenza periodica (Quadrimestrale) alla Direzione Strategica	
9	1	Efficienza organizzativa	M	Implementazione procedura di pagamento delle prestazioni attive esclusivamente tramite il sistema PagoPA	Sostituzione di tutti i POS entro il 31/12/2023	Obiettivo condiviso tra UOASSI, AGRF e AGP. Coordinato da UOASSI

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE AREA**

**DIRETTORE GENERALE**

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023

DIPARTIMENTO Dipartimento Governo della domanda e offerta sanitaria

UNITA' OPERATIVA UOC Area Servizio Socio-Sanitario

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture	Giorni liquidazione fattura ≤ 40 dalla registrazione	Obiettivo rimodulabile in corso d'anno sulla base degli esiti previsti dalla Legge N.145/2018 e D.G.R. N. 1487/2019 Certificato dall'AGRF
2	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione	Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dal Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2022-2024 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
3	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Trasparenza	Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui al Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2022-2024	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009
4	1	Efficienza operativa	A	Sottoscrizione accordi contrattuali con le Strutture Sociosanitarie in conformità alle disposizioni regionali	Predisposizioni Atti entro i termini disposti dalla Regioni con le relative Circolari	
5	3	Efficienza organizzativa	B	Aggiornamento delle procedure amministrative per l'accesso dei pazienti alle Strutture Sociosanitarie alla luce delle nuove Disposizioni Regionali	Trasmissione del Protocollo aggiornato alla Direzione sanitaria e al Direttore del Dipartimento di Assistenza Territoriale entro il 31/12/2023	
6	3	Efficienza organizzativa	M	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale	Riscontro entro 15 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo	Certificato dal Direttore Amministrativo Aziendale
7	1	Efficienza operativa	A	Predisposizione di lettere per interruzione dei termini di prescrizione con riferimento al contenzioso relativo all'applicazione della DGR 1037/2012	Invio lettere al 100% delle Strutture interessate entro il 30/06/2023	
8	3	Efficienza operativa	A	Analisi della movimentazione in ingresso/uscita degli utenti dalle strutture sociosanitarie, con indicazione dei relativi periodi di permanenza e di eventuale cambio tipologia di Assistenza con creazione di database, anche anonimizzato	Raggiungimento analisi dati al 25% delle Strutture ex art. 66 per il periodo 2020-2022, con trasmissione della Relazione e del database al Direttore di Dipartimento Governo della Domanda e Offerta sanitaria entro il 31/12/2023	Certificato dal Direttore del Dipartimento Governo della Domanda e dell'Offerta 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 Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI**

**OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023**

DIPARTIMENTO Dipartimento sicurezza e qualità

UNITA' OPERATIVA **UOC Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	4	Formazione	B	Eventi formativi per lavoratori incaricati dell'attuazione delle misure di prevenzione incendi, lotta antincendio e gestione dell'emergenza nei luoghi di lavoro	6 Edizioni	Nella Relazione finale indicare data, luogo, sede e N. dipendenti formati
2	4	Formazione	B	Formazione specifica - rischio elevato dei lavoratori e dei tirocinanti che operano presso le strutture ospedaliere e territoriali della ASL BARI	12 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	A	Aggiornamento dei DVR , P.E., dei PP.OO	n. 1 aggiornamenti all'anno per 1 sola struttura	Copia dei DVR
5	4	Efficienza organizzativa	A	Aggiornamento dei DVR , P.E., dei Distretti	n. 1 aggiornamenti all'anno per 1 sola struttura	Copia dei DVR
6	4	Efficienza organizzativa	A	Aggiornamento dei DVR , P.E., dei Dipartimenti Territoriali	n. 1 aggiornamenti all'anno per 1 sola struttura	Copia dei DVR
7	4	Efficienza operativa	M	Relazione check list rischi ambientali	n. 7 relazioni annuali	Nella relazione finale indicare n. protocollo
8	3	Efficienza organizzativa	M	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale	Riscontro entro 15 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo	Certificato dal Direttore Amministrativo Aziendale

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI**

**OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023**

DIPARTIMENTO Dipartimento sicurezza e qualità

UNITA' OPERATIVA UOC Medicina del Lavoro e Sorveglianza Sanitaria

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Efficienza organizzativa	A	Espletamento visite obbligatorie del personale neoassunto e di prossima quiescenza ai sensi del D.L. 81/2008 e s.m.i.	100% del personale neoassunto e di prossima quiescenza	
2	3	Efficienza operativa	A	Utilizzo del software gestionale per la sorveglianza sanitaria presso tutte le sedi e unificazione degli archivi	Report annuale di attività estratto dal software gestionale per la Sorveglianza Sanitaria	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 della UOC: organizzazione di eventi su nuovi temi	Organizzazione di tre eventi o più	Nella Relazione finale indicare data, sede, argomento e partecipanti
6	3	Efficienza organizzativa	M	Monitoraggio attività libero professionale per la verifica del rispetto del vincolo di non superamento dei volumi di attività istituzionale	Riscontro alle richieste formulate dalla Macroarea ALPI D3 relative all'invio mensile dei volumi di attività ALPI con la dichiarazione dei volumi mensili di attività istituzionale corrispondenti	Allegare Note di riscontro nella Relazione finale
7	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione	Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dal Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2022-2024 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
8	3	Efficienza organizzativa	A	Procedura per la definizione delle azioni e responsabilità dell'avvio a visita sanitaria di cui al D.L. 81/2008 e s.m.i.	Elaborazione Procedura e trasmissione alla Direzione Generale entro 31/12/2023	La Procedura dovrà essere trasmessa a tutte le Macrostrutture e pubblicata sul sito Intranet aziendale. Obiettivo comune tra Sorveglianza Sanitaria (coordinatore) e AGRU
9	3	Formazione	M	Aggiornamento professionale in materia di Radioprotezione Medica e Fisica ai sensi del D. lgs 101/2020 e s.m.i.	Coinvolgimento del 100% del personale sanitario radio esposto che abbiano risposto alla richiesta di manifestazione di interesse	Obiettivo condiviso tra le UU.OO di Fisica Sanitaria e Medicina del Lavoro-Sorveglianza Sanitaria Nella relazione finale indicare data, sede, argomento e participant
10	3	Efficienza organizzativa	A	Promozione di attività di informazione/ formazione in merito alla vaccinazione antinfluenzale (obbligatoria) per il personale sanitario della ASL BA, inserimento su portale GIAVA, comunicazioni siti istituzionali	Coinvolgimento del 100% del personale sanitario e affine che abbia risposto alla richiesta di manifestazione di interesse	Inviare alla Direzione Strategica e all'AGRU l'elenco del personale coinvolto

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI**

**OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023**

DIPARTIMENTO Dipartimento sicurezza e qualità

UNITA' OPERATIVA **UOC Medicina Forense, Gestione Rischio clinico, Sistema Qualità e Formazione**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Clinical governance	A	Monitoraggio dei punti nascita secondo la procedura aziendale di implementazione Racc. Ministeriali n. 6 e n.16 adottate nel 2019	Elaborazione format di indicatori del monitoraggio da inviare alle unità operative di neonatologia, anestesia e ginecologia dei punti nascita tramite Direzione Medica di Presidio	Report trimestrale da parte delle UO coinvolte all'UO di Rischio Clinico che redige il report finale da inviare all'UO Controllo di Gestione.
2	3	Efficienza operativa	M	N. Valutazioni medico legali per responsabilità professionali su richieste SBL redatti entro 180 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
3	3	Formazione	B	Promozione di corsi di formazione base per la Gestione del rischio clinico	Almeno n. 2	Relazione finale e organizzazione da parte dell'UOS Formazione
4	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
5	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione	Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dal Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2022-2024 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
6	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Trasparenza	Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui al Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2022-2024	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009
7	3	Clinical governance	A	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 4 per la prevenzione del suicidio di paziente in ospedale	Elaborazione format di indicatori del monitoraggio da inviare alle Unità Operative	Report trimestrale da parte delle UO coinvolte all'UO di Rischio Clinico che redige il report finale da inviare al Controllo di Gestione.
8	3	Formazione	B	Promozione corsi di formazione sulla Implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali n.7, 12, 17, 18	Almeno n. 4 Edizioni	Relazione finale a cura della UOS Formazione
9	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture	Giorni liquidazione fattura ≤ 40 dalla registrazione	Obiettivo rimodulabile in corso d'anno sulla base degli esiti previsti dalla Legge N.145/2018 e D.G.R. N. 1487/2019Certificato dall'AGRF

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**



AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023

DIPARTIMENTO Dipartimento investimenti, acquisti e tecnologie

UNITA' OPERATIVA UOC Ingegneria clinica e H.T.A.

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture	Giorni liquidazione fattura ≤ 40 dalla registrazione	Obiettivo rimodulabile in corso d'anno sulla base degli esiti previsti dalla Legge N.145/2018 e D.G.R. N. 1487/2019Certificato dall'AGRF
2	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione	Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dal Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2022-2024 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
3	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Trasparenza	Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui al Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2022-2024	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009
4	3	Efficienza organizzativa	M	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale	Riscontro entro 15 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo	Certificato dal Direttore Amministrativo Aziendale
5	3	Efficienza organizzativa	A	Indizione procedure di gara per l'acquisizione delle Apparecchiature medicali ed arredi sanitari per il Nuovo Ospedale di Monopoli - Fasano	Trasmissione capitolati tecnici da parte dell'Ingegneria Clinica e proposta delibera di indizione entro il 30/04/2023	Obiettivo condiviso tra Ingegneria Clinica, AGP e Direzione Amministrativa P.O Bari Sud. Coordinato da AGP
6	3	Efficienza organizzativa	A	Completamento installazione apparecchiature Radiologiche di cui alla procedura di gara aggiudicata con DDG n. 1161/2019	Installazione del 100% delle apparecchiature entro Dicembre 2023	Obiettivo condiviso tra Ingegneria Clinica e AGT. Coordinato da Ingegneria Clinica
7	1	Efficienza organizzativa	A	Rendicontazione degli interventi di cui all'Art.2 decreto Legge n. 34/2020 (Decreto rilancio)	Rendicontazione al 100% degli interventi previsti	Obiettivo condiviso con tra AGT e Ingegneria Clinica
8	3	Efficienza organizzativa	A	P.N.R.R.: Supporto al gruppo di lavoro aziendale per le attività richieste dalla Regione	Invio Relazione di competenza periodica (Quadrimestrale) alla Direzione Strategica	
9	1	Efficienza organizzativa	A	Predisposizione Atti di Gara per l'acquisizione di sistema per la Chirurgia Robotica	Trasmissione Capitolato Tecnico entro il 31/12/2023	
	3					

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023

DIPARTIMENTO Dipartimento investimenti, acquisti e tecnologie

UNITA' OPERATIVA UOC Sistemi Informativi

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture	Giorni liquidazione fattura ≤ 40 dalla registrazione	Obiettivo rimodulabile in corso d'anno sulla base degli esiti previsti dalla Legge N.145/2018 e D.G.R. N. 1487/2019 Certificato dall'AGRF
2	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione	Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dal Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2022-2024 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
3	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Trasparenza	Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui al Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2022-2024	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009
4	3	Efficienza organizzativa	M	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale	Riscontro entro 15 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo	Certificato dal Direttore Amministrativo Aziendale
5	1	Efficienza organizzativa	M	Implementazione del Single Sign-On (SSO) - Integrazione delle applicazioni aziendali con LDAP	Accesso con LDAP per tutte le applicazioni sviluppate entro il 31/12/2023	
6	1	Efficienza organizzativa	B	Piano di Migrazione dei Dati su CED di Classe A	Migrazione di almeno 3 piattaforme applicative entro il 31/12/2023	
7	1	Efficienza organizzativa	M	Implementazione procedura di pagamento delle prestazioni attive esclusivamente tramite il sistema PagoPA	Sostituzione di tutti i POS entro il 31/12/2023	Obiettivo condiviso tra UOASSI, AGRF e AGP
8	1	Efficienza organizzativa	B	Attivazione della Piattaforma AppIO - Implementazione della messaggistica per l'invio del promemoria di appuntamento su sistema CUP	Invio delle notifiche su AppIO entro il 30/06/2023	
9	1	Efficienza organizzativa	A	Attivazione del nuovo software di Gestione del Laboratorio di Analisi HUB del "Di Venere"	Installazione, Collaudo e messa in esercizio della Gara del Service di laboratorio entro il 31/12/2023	Obiettivo condizionato dalla consegna delle macchine da parte delle ditte aggiudicatarie
10	1	Efficienza organizzativa	M	Predisposizione documentazione tecnica per Attivazione Procedura di Gara per il Contact Center CUP	Trasmissione Capitolato Tecnico entro il 28/02/2023	Obiettivo condiviso tra AGP e UOASSI. Obiettivo condizionato dalla consegna delle macchine da parte delle ditte aggiudicatarie

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI**

**OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023**

DIPARTIMENTO Dipartimento Governo della domanda e offerta sanitaria

UNITA' OPERATIVA **UOC Statistica ed Epidemiologia**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Qualità flussi informativi	B	Verifica della validazione, con rilevazione 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	4	Analisi epidemiologiche	A	Analisi Mobilità Passiva Ambulatoriale	Relazione annuale	Da inviare alla Direzione Strategica e Controllo di Gestione
7	3	Analisi epidemiologiche	A	Relazione sullo Stato di Salute della popolazione della ASL BA	Invio Relazione alla Direzione Sanitaria Aziendale e al Controllo di Gestione	

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI**

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023

DIPARTIMENTO Dipartimento Governo della domanda e offerta sanitaria

UNITA' OPERATIVA UOAVS U.V.A.R.P.

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Appropriatezza delle prestazioni sanitarie	M	Controllo dell'appropriatezza dei ricoveri/congruità SDO in Strutture Osped. Private: numero SDO verificate/numero SDO prodotte	50% 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 2022-2024 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
12	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Trasparenza	Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui al Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2022-2024	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023

DIPARTIMENTO Dipartimento Governo della domanda e offerta sanitaria

UNITA' OPERATIVA UOAVS Centro Territoriale Malattie Rare

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3 2	Clinical governance	A	Procedura assistenziale complessa per malati rari con Epilessia rara	Invio della Procedura elaborata secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Obiettivo condiviso tra Centro Territoriale Malattie Rare e UO Epilessia ed EEG Età Evolutiva e UO Programmazione, innovazione e continuità ospedale-territorio. Allega alla Relazione finale la documentazione relativa all'invio all'U.O.G.R.C.
2	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.
3	3	Clinical governance	M	Monitoraggio implementazione procedura per la presentazione dell'istanza di autorizzazione dei farmaci e/o trattamenti extra-LEA a carico del SSN/SSR per i pazienti affetti da MR	Percentuale di Autorizzazioni correttamente istruite 2023 > 2022	
4	3 2	Clinical governance	M	Elaborazione di percorso assistenziale relativo al processo di transition per pazienti affetti da Encefalopatia epilettica rara	Invio della Procedura alla Direzione Sanitaria Aziendale	Obiettivo condiviso tra Centro Territoriale Malattie Rare e UO Epilessia ed EEG Età Evolutiva. Allega alla Relazione finale la documentazione relativa all'invio

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI**

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023

DIPARTIMENTO Dipartimento Governo della domanda e offerta sanitaria

UNITA' OPERATIVA **UOAVS Gestione Amministrativa Rapporti Convenzionali con il Privato Accreditato**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione	Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dal Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2022-2024 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
2	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Trasparenza	Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui al Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2022-2024	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009
3	1	Efficienza operativa	A	Sottoscrizione accordi contrattuali con le Strutture Accreditate in conformità alle disposizioni regionali	Predisposizione Atti	
4	3 1	Efficienza operativa	A	Predisposizione Atti relativi al Progetto screening mammografico giusta D.D.G. 2336/2022	Predisposizione degli accordi contrattuali con le Strutture Private accreditate coinvolte e predisposizione delle determine di liquidazione delle prestazioni erogate nel bimestre Novembre-Dicembre 2021	
5	3	Efficienza organizzativa	M	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale	Riscontro entro 15 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo	Certificato dal Direttore Amministrativo Aziendale
6	1	Efficienza operativa	A	Recupero crediti cessione emazie a CBH, come da disposizioni della Direzione Strategica	Predisposizione Determine dirigenziali di liquidazione per recupero	

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI**

**OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023**

DIPARTIMENTO Dipartimento Governo della domanda e offerta sanitaria

UNITA' OPERATIVA UOC Servizio di Informazione e Comunicazione istituzionale

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Comunicazione istituzionale	M	Organizzazione di eventi aziendali	Almeno 2 eventi	Anche con l'utilizzo di modalità a distanza
2	2	Comunicazione istituzionale	A	Standardizzazione dei dati e delle informazioni per l'aggiornamento delle pagine web sul Portale Istituzionale Aziendale	Ricezione e gestione quadrimestrale dei dati	
3	2	Potenziamento screening oncologici	A	Campagna di comunicazione per la diffusione degli screening oncologici (cervice, mammella e colon) e delle vaccinazioni	Predisposizione materiale informativo cartaceo e utilizzo canali informatici (portale istituzionale e social media)	In collaborazione con il Dipartimento di Prevenzione Allegare documentazione alla Relazione conclusiva
4	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Trasparenza	Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui al Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2022-2024	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009
5	2	Comunicazione istituzionale	B	Gestione diretta dei Social Network aziendali Facebook, Twitter, Instagram	Relazione	
6	2	Comunicazione istituzionale	A	Gestione dei reclami/segnalazioni ed elogi	Produzione documento annuale con analisi dei reclami/segnalazioni classificati per U.O. interessata	
7	3	Governance aziendale	A	Coordinamento, organizzazione e gestione attività rete referenti URP	Ameno due incontri formativi/informativi	
8	3	Governance aziendale	A	Realizzazione Programma annuale Audit 2023 presso le strutture aziendali individuate nel Piano di Audit	Report annuale	
9	3	Governance aziendale	A	Gestione istanze esercizio di diritti e data-breach	Report annuale	
10	3	Formazione	B	Organizzazione eventi formativi in presenza e/o on line in materia di privacy	Almeno 3 eventi	
11	3	Governance aziendale	A	Aggiornamento degli adempimenti in materia di Cybersecurity	Proposta di Delibera	
12	3	Governance aziendale	A	Gestione istanze sperimentazioni cliniche	Proposta di delibera e nomina Investigatore principale c/o struttura aziendale	
13	3	Governance aziendale	A	Adozione Manuale di Gestione Documentale	Proposta di Delibera	

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI**

**OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023**

DIPARTIMENTO Dipartimento Governo della domanda e offerta sanitaria

UNITA' OPERATIVA **UOAVS Governo Liste di Attesa**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Governo delle liste di attesa	A	Produzione di Reporting con analisi dei tempi di attesa delle prestazioni oggetto di monitoraggio sulla base dei dati delle settimane indice forniti dalla Regione Puglia	Invio di n. 4 Report alla Direzione Strategica	Allegare alla Relazione finale la documentazione relativa all'invio
2	3 4	Formazione	B	Attività formativa e di tutoraggio sull'utilizzo dei cruscotti direzionali online	N. 2 sessioni/anno	Nella Relazione finale indicare data delle sessioni e partecipanti
3	3	Governo delle liste di attesa	A	Predisposizione del Piano dei fabbisogni per adozione nuovo sistema CUP	Invio del Piano alla UOASSi e AGP entro il 30/06/2023	Allegare alla Relazione finale la documentazione relativa all'invio

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**



**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI**

**OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023**

DIPARTIMENTO Dipartimento Governo della domanda e offerta sanitaria

UNITA' OPERATIVA **UOC Programmazione, innovazione e continuità ospedale-territorio**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3 2	Clinical governance	A	Procedura assistenziale complessa per malati rari con Epilessia rara	Invio della Procedura elaborata secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Obiettivo condiviso tra Centro Territoriale Malattie Rare e UO Epilessia ed EEG Età Evolutiva e UO Programmazione, innovazione e continuità ospedale-territorio. Allega alla Relazione finale la documentazione relativa all'invio all'U.O.G.R.C.
2	3	Governance aziendale	A	Aggiornamento del Documento Aziendale sulle Dimissioni Protette	Invio Bozza alla Direzione Strategica	Allegare alla Relazione finale la documentazione relativa all'invio
3	3	Attuazione PNRR	A	Attività di supporto ai RUP nei rapporti con i progettisti esterni	Produzione di verbali relativi alle attività	Allegare verbali alla Relazione finale

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI**

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023

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 2022-2024 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
2	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Trasparenza	Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui al Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2022-2024	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009
3	3	Efficienza operativa	M	Collaborazione con STP nella stesura della Relazione annuale sulla Performance	Trasmissione dati di competenza dell'U.O.	
4	3	Efficienza operativa	A	Collaborazione con STP alla Redazione del PIAO 2023-2025 relativamente alle parti di competenza	Trasmissione dati di competenza dell'U.O.	Parti di competenza: Valore Pubblico, Performance, Scheda Anagrafica dell'Amministrazione
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	3	Efficienza organizzativa	A	Redazione Bilancio di Genere 2022	Predisposizione Bozza Bilancio di Genere entro il 31/12/2023	Obiettivo condiviso tra AGRF, AGRU e Controllo di Gestione
7	1	Monitoraggio attività libero professionale	A	Predisposizione CE ALPI 1 Semestre 2023	Predisposizione entro il 30/09/2023	Obiettivo condiviso tra AGRF e Controllo di Gestione

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE U.O.C.**

**DIRETTORE GENERALE**

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023

DIPARTIMENTO Servizi di Staff

UNITA' OPERATIVA UOC Struttura Burocratico Legale

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione	Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dal Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2022-2024 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
2	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Trasparenza	Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui al Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2022-2024	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009
3	3	Efficienza organizzativa	M	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale	Riscontro entro 15 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo	Certificato dal Direttore Amministrativo Aziendale
4	1	Efficienza organizzativa	M	Svincolo delle somme vincolate per pignoramenti	Somme vincolate per pignoramento al 31/12/2022 ridotte del 15%	Obiettivo condiviso tra AGRF e SBL
5	1	Efficienza organizzativa	M	Predisposizione protocollo operativo per la gestione del contenzioso del lavoro	Proposta del Regolamento alla Direzione Strategica entro il 31/12/2023	Obiettivo condiviso tra SBL e AGRU. Coordinato da SBL
6	1	Efficienza organizzativa	M	Predisposizione protocollo operativo per la gestione dei provvedimenti monitori	Proposta del Regolamento alla Direzione Strategica entro il 31/12/2023	Obiettivo condiviso tra SBL e AGRF. Coordinato da SBL
7	1	Efficienza organizzativa	A	Attivazione recupero somme nei confronti dei Comuni morosi	Interruzione dei termini di prescrizione per il 100% dei Comuni e attivazione recupero somme per almeno il 20% dei Comuni interessati	

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE U.O.C.**

**DIRETTORE GENERALE**

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023

DIPARTIMENTO Servizi di Staff

UNITA' OPERATIVA UOAVS Servizio delle Professioni Sanitarie ospedaliero-territoriali

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Efficienza organizzativa	A	Gestione dei turni informatizzati presso i Presidi Ospedalieri	Avvio entro il 31/12/2023	Allegare alla Relazione finale la documentazione della comunicazione alla Direzione Strategica dell'avvio
2	3	Efficienza organizzativa	A	Elaborazione di una Istruzione Operativa per la gestione delle assenze a vario titolo del personale di Comparto	Invio della documentazione alla Direzione Sanitaria Aziendale e alle Direzioni Mediche di Presidio	Allegare alla Relazione finale la documentazione relativa all'invio
3	3	Formazione	B	Organizzazione di eventi formativi per il personale di Comparto attinenti alla programmazione sanitaria	N. 4 eventi	Nella Relazione finale indicare data, sede, argomento e partecipanti
4	3	Clinical governance	M	Elaborazione di Protocolli operativi su: - Foglio unico di Terapia - Prevenzione delle cadute dei pazienti	Invio dei Protocolli all'U.O. Gestione del Rischio Clinico	Allegare alla Relazione finale la documentazione relativa all'invio

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRIGENTE RESPONSABILE**

**DIRETTORE GENERALE**

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023

DIPARTIMENTO Dipartimento Medicina dell'età evolutiva

UNITA' OPERATIVA UOC Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Controllo della Spesa	A	Mobilità Passiva extraregionale Assistenza Specialistica relativa alla Neuropsichiatria Infantile	Riduzione della mobilità passiva rispetto al 2022	Certificata dalla U.O. Gestione Rapporti con Convenzionati
2	3 2	Miglioramento della qualità assistenziale	M	Redazione e attivazione di protocollo di interventi alternativi e secondo linee guida per i disturbi dello spettro autistico.	Invio del Protocollo alla Direzione Sanitaria Aziendale	Allegare alla Relazione finale documentazione relativa all'invio )
3	3 2	Miglioramento della qualità assistenziale	M	Redazione di protocollo interno di intervento/valutazione nella diagnosi e trattamento ADHD	Invio del Protocollo alla Direzione Sanitaria Aziendale	Allegare alla Relazione finale documentazione relativa all'invio )
4		Formazione	B	Realizzazione percorso formativo per personale medico, psicologico e comparto per la presi in carico di pazineti con Disturbi alimentari	Organizzazione di evento formativo ECM	Obiettivo condiviso tra NPPIA e UO Pediatria del San Paolo. Nella Relazione di fine anno descrivere data, sede, n. partecipanti
5 #	3	Efficienza operativa	A	Fatturato prestazioni ambulatoriali esterne	Fatturato 2023 = 2022 + 10%	Dati rilevabili da CUP
6	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture	Giorni liquidazione fattura ≤ 40 dalla registrazione	Obiettivo rimodulabile in corso d'anno sulla base degli esiti previsti dalla Legge N.145/2018 e D.G.R. N. 1487/2019Certificato dall'AGRF
7	2	Comunicazione istituzionale	B	Invio dei dati all'U.O. Servizio di Informazione e Comunicazione istituzionale per l'aggiornamento del Portale aziendale	Invio quadrimestrale dei dati	Certificato dall'U.O. Servizio di Informazione e Comunicazione istituzionale

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023

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	Giorni liquidazione fattura ≤ 40 dalla registrazione	Obiettivo rimodulabile in corso d'anno sulla base degli esiti previsti dalla Legge N.145/2018 e D.G.R. N. 1487/2019Certificato dall'AGRF
2	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione	Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dal Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2022-2024 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
3	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Trasparenza	Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui al Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2022-2024	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009
4	1	Monitoraggio della spesa	A	Monitoraggio della spesa dell'Assistenza Riabilitativa residenziale/semiresidenziale per tossicodipendenti da privato	Spesa 2022 nei limiti previsti dal Bilancio di Previsione	Certificato da AGRF
5	3	Efficienza organizzativa	M	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale	Riscontro entro 15 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo	Certificato dal Direttore Amministrativo Aziendale
6	3	Clinical governance	A	Presa in carico dei pazienti in Doppia Diagnosi Revisione Protocollo DSM - DDP	Realizzazione versione aggiornata 2023 Protocollo d'Intesa DSM - DDP	Approvazione con delibera DDG del Protocollo d'Intesa DSM - DDP Obiettivo in comune DSM - DDP
7	3	Formazione	B	Realizzazione di un evento (con >2 edizioni) sulla prevenzione, riduzione e gestione del Rischio di comportamenti violenti verso operatori sanitari	Partecipazione personale >50% del DSM - DDP	Nella relazione da inviare al Direttore DSM-DDP indicare data e numero dei partecipanti
8	2	Comunicazione istituzionale	B	Invio dei dati all'U.O. Servizio di Informazione e Comunicazione istituzionale per l'aggiornamento del Portale aziendale	Invio quadrimestrale dei dati	Certificato dall'U.O. Servizio di Informazione e Comunicazione istituzionale

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI**

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023

DIPARTIMENTO Dipartimento delle Dipendenze Patologiche

UNITA' OPERATIVA UOC DDP - Dipendenze Patologiche Nord Barese

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 10° giorno lavorativo di ogni mese	La scheda di monitoraggio è firmata dal dirigente UOS e inviata dalla UOC di afferenza a <a href="mailto:dipartimento.dipendenzepatologiche@asl.bari.it">dipartimento.dipendenzepatologiche@asl.bari.it</a>
2	2	Qualità flussi informativi	M	Rispetto dello scadenziario di ogni flusso informativo richiesto dalla direzione DDP	Trasmissione tempestiva dei flussi all'indirizzo <a href="mailto:dipartimento.dipendenzepatologiche@asl.bari.it">dipartimento.dipendenzepatologiche@asl.bari.it</a>	A cura di ogni dirigente UOS per il tramite della UOC di afferenza
3	2 3	Miglioramento della qualità percepita	B	Realizzazione di almeno un progetto e somministrazione di questionari sulla qualità percepita dai famigliari di utenti in carico al Ser.D. per ogni UOC	Somministrazione al 50% con Relazione finale	Invio relazione alla Direzione Dipartimento entro il 31/12
4	3	Efficienza organizzativa	M	Realizzazione di audit fra UOC e C.T. sulla modalità di gestione dei casi complessi nel setting comunitario e audit fra UOC sui casi clinici in doppia diagnosi	n.2 audit fra UOC e C.T. sulla modalità di gestione dei casi complessi nel setting comunitario n.2 audit fra UOC sui casi clinici in doppia diagnosi Partecipazione di almeno il 70% degli operatori	Relazione inviata e protocollata entro 31/03, 30/06, 30/09, 31/12 alla Direzione del Dipartimento
5	3 2	Prevenzione primaria delle dipendenze	M	Incontri di prevenzione primaria con studenti/familiari/docenti presso scuole dell'obbligo utilizzando format autorizzato da Direzione DDP	Almeno 5 Istituti per UOC	Invio relazione alla Direzione del Dipartimento entro il 31/12
6	3	Formazione	B	Realizzazione di un evento (con >2 edizioni) sulla prevenzione, riduzione e gestione del Rischio di comportamenti violenti verso operatori sanitari	Partecipazione personale >50% del DSM - DDP	Nella relazione da inviare al Direttore DSM-DDP indicare data e numero dei partecipanti
7	2	Comunicazione istituzionale	B	Invio dei dati all'U.O. Servizio di Informazione e Comunicazione istituzionale per l'aggiornamento del Portale aziendale	Invio quadrimestrale dei dati	Certificato dall'U.O. Servizio di Informazione e Comunicazione istituzionale

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI**

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023

DIPARTIMENTO Dipartimento delle Dipendenze Patologiche

UNITA' OPERATIVA UOC DDP - Dipendenze Patologiche Sud Barese

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 10° giorno lavorativo di ogni mese	La scheda di monitoraggio è firmata dal dirigente UOS e inviata dalla UOC di afferenza a <a href="mailto:dipartimento.dipendenzepatologiche@asl.bari.it">dipartimento.dipendenzepatologiche@asl.bari.it</a>
2	2	Qualità flussi informativi	M	Rispetto dello scadenziario di ogni flusso informativo richiesto dalla direzione DDP	Trasmissione tempestiva dei flussi all'indirizzo <a href="mailto:dipartimento.dipendenzepatologiche@asl.bari.it">dipartimento.dipendenzepatologiche@asl.bari.it</a>	A cura di ogni dirigente UOS per il tramite della UOC di afferenza
3	2 3	Miglioramento della qualità percepita	B	Realizzazione di almeno un progetto e somministrazione di questionari sulla qualità percepita dai famigliari di utenti in carico al Ser.D. per ogni UOC	Somministrazione al 50% con Relazione finale	Invio relazione alla Direzione Dipartimento entro il 31/12
4	3	Efficienza organizzativa	M	Realizzazione di audit fra UOC e C.T. sulla modalità di gestione dei casi complessi nel setting comunitario e audit fra UOC sui casi clinici in doppia diagnosi	n.2 audit fra UOC e C.T. sulla modalità di gestione dei casi complessi nel setting comunitario n.2 audit fra UOC sui casi clinici in doppia diagnosi Partecipazione di almeno il 70% degli operatori	Relazione inviata e protocollata entro 31/03, 30/06, 30/09, 31/12 alla Direzione del Dipartimento
5	3 2	Prevenzione primaria delle dipendenze	M	Incontri di prevenzione primaria con studenti/familiari/docenti presso scuole dell'obbligo utilizzando format autorizzato da Direzione DDP	Almeno 5 Istituti per UOC	Invio relazione alla Direzione del Dipartimento entro il 31/12
6	3	Formazione	B	Realizzazione di un evento (con >2 edizioni) sulla prevenzione, riduzione e gestione del Rischio di comportamenti violenti verso operatori sanitari	Partecipazione personale >50% del DSM - DDP	Nella relazione da inviare al Direttore DSM-DDP indicare data e numero dei partecipanti
7	2	Comunicazione istituzionale	B	Invio dei dati all'U.O. Servizio di Informazione e Comunicazione istituzionale per l'aggiornamento del Portale aziendale	Invio quadrimestrale dei dati	Certificato dall'U.O. Servizio di Informazione e Comunicazione istituzionale

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**



**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI**

**OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023**

DIPARTIMENTO Dipartimento di Salute Mentale

UNITA' OPERATIVA Dipartimento Salute Mentale - Direzione Dipartimento

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture	Giorni liquidazione fattura ≤ 40 dalla registrazione	Obiettivo rimodulabile in corso d'anno sulla base degli esiti previsti dalla Legge N.145/2018 e D.G.R. N. 1487/2019Certificato dall'AGRF
2	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Trasparenza	Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui al Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2022-2024	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009
3	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione	Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dal Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2022-2024 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
4	3	Controllo della spesa	A	Monitoraggio della spesa dell'Assistenza Riabilitativa per malati e disturbati mentali da privato	Spesa 2021 nei limiti previsti dal Bilancio di Previsione	Certificato da AGRF
5	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	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
7	3	Formazione	B	Realizzazione di un evento (con >2 edizioni) sulla prevenzione, riduzione e gestione del Rischio di comportamenti violenti verso operatori sanitari	Partecipazione personale >50% del DSM - DDP	Nella relazione da inviare al Direttore DSM-DDP indicare data e numero dei partecipanti
8	1	Formazione	B	Realizzazione di Evento dipartimentale di lotta allo stigma	Partecipazione >70% personale del DSM	Nella Relazione di fine anno descrivere data, sede, n. partecipanti
9	1	Appropriatezza setting assistenziale	M	Utilizzo scala standardizzata BPRS di valutazione degli esiti a livello territoriale	Somministrazione in almeno 80% dei nuovi contatti	Scala da somministrare al primo contatto ed a 6 mesi
10	3	Clinical governance	A	Presenza in carico dei pazienti in Doppia Diagnosi Revisione Protocollo DSM - DDP	Realizzazione versione aggiornata 2023 Protocollo d'Intesa DSM -DDP	Approvazione con delibera DDG del Protocollo d'Intesa DSM - DDP Obiettivo in comune DSM - DDP
11	2	Comunicazione istituzionale	B	Invio dei dati all'U.O. Servizio di Informazione e Comunicazione istituzionale per l'aggiornamento del Portale aziendale	Invio quadrimestrale dei dati	Certificato dall'U.O. Servizio di Informazione e Comunicazione istituzionale

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023

DIPARTIMENTO Dipartimento di Salute Mentale

UNITA' OPERATIVA UOC DSM - SPDC Altamura

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 4	Clinical governance	A	% Dimissioni volontarie	< 3%	
2 3	Clinical governance	M	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 4 per la prevenzione del suicidio di paziente in ospedale	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
3 3	Appropriatezza setting assistenziale	A	Contenzione meccanica: realizzazione di evento formativo e monitoraggio eventi	I semestre: realizzazione di un evento formativo sulla prevenzione della contenzione meccanica; Il semestre: riduzione del 20% degli episodi di contenzione rispetto al secondo semestre dell'anno precedente	Monitoraggio del n. della contenzione sulla base dei dati presenti sul Registro delle Contenzioni dell'SPDC, con invio report quadrimestrale alla Direzione DSM Relazione finale da inviare al Direttore DSM
4 3	Appropriatezza setting assistenziale	M	Gestione dei casi difficili in collaborazione con i CSM - Monitoraggio del fenomeno Revolving Door intraaziendale (% nuovo ricovero entro 7gg e 30 gg)	Relazione quadrimestrale e annuale sul monitoraggio del revolving door	Relazione finale da inviare al Direttore DSM Obiettivo in condivisione SPDC - CSM
5 3 2	Clinical governance	M	Realizzazione di progetti psicoeducativi rivolti a pazienti dell'SPDC e loro familiari	Almeno due progetti	Relazione da trasmettere al Direttore del DSM
6 3	Clinical governance	A	Presa in carico dei pazienti in Doppia Diagnosi Revisione Protocollo DSM - DDP	Realizzazione versione aggiornata 2023 Protocollo d'Intesa DSM -DDP	Approvazione con delibera DDG del Protocollo d'Intesa DSM - DDP Obiettivo in comune DSM - DDP
7 3	Formazione	B	Realizzazione di un evento (con >2 edizioni) sulla prevenzione, riduzione e gestione del Rischio di comportamenti violenti verso operatori sanitari	Partecipazione personale >50% del DSM - DDP	Nella relazione da inviare al Direttore DSM-DDP indicare data e numero dei partecipanti

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023

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 3	Clinical governance	M	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 4 per la prevenzione del suicidio di paziente in ospedale	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
3 3	Appropriatezza setting assistenziale	A	Contenzione meccanica: realizzazione di evento formativo e monitoraggio eventi	I semestre: realizzazione di un evento formativo sulla prevenzione della contenzione meccanica; Il semestre: riduzione del 20% degli episodi di contenzione rispetto al secondo semestre dell'anno precedente	Monitoraggio del n. della contenzione sulla base dei dati presenti sul Registro delle Contenzioni dell'SPDC, con invio report quadrimestrale alla Direzione DSM Relazione finale da inviare al Direttore DSM
4 3	Appropriatezza setting assistenziale	M	Gestione dei casi difficili in collaborazione con i CSM - Monitoraggio del fenomeno Revolving Door intraaziendale (% nuovo ricovero entro 7gg e 30 gg)	Relazione quadrimestrale e annuale sul monitoraggio del revolving door	Relazione finale da inviare al Direttore DSM Obiettivo in condivisione SPDC - CSM
5 3 2	Clinical governance	M	Realizzazione di progetti psicoeducativi rivolti a pazienti dell'SPDC e loro familiari	Almeno due progetti	Relazione da trasmettere al Direttore del DSM
6 3	Clinical governance	A	Presa in carico dei pazienti in Doppia Diagnosi Revisione Protocollo DSM - DDP	Realizzazione versione aggiornata 2023 Protocollo d'Intesa DSM -DDP	Approvazione con delibera DDG del Protocollo d'Intesa DSM - DDP Obiettivo in comune DSM - DDP
7 3	Formazione	B	Realizzazione di un evento (con >2 edizioni) sulla prevenzione, riduzione e gestione del Rischio di comportamenti violenti verso operatori sanitari	Partecipazione personale >50% del DSM - DDP	Nella relazione da inviare al Direttore DSM-DDP indicare data e numero dei partecipanti

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI**

**OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023**

DIPARTIMENTO Dipartimento di Salute Mentale

UNITA' OPERATIVA UOC DSM - CSM Area 1

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	2 4	Lotta allo stigma e inclusione sociale	B	Evento dipartimentale di lotta allo stigma	Partecipazione personale >70%	Nella relazione da inviare al Direttore DSM indicare data e numero partecipanti
2	1	Appropriatezza setting assistenziale	M	Utilizzo scala standardizzata BPRS di valutazione degli esiti a livello territoriale	Somministrazione in almeno 80% dei nuovi contatti	Scala da somministrare al primo contatto ed a 6 mesi
3	3	Appropriatezza setting assistenziale	A	Utilizzo della Scheda redatta nel 2021 dal DSM nelle attività di verifica delle Strutture Riabilitative	100% delle Strutture Riabilitative sottoposte a controllo	Nella relazione da inviare al Direttore DSM riportare il numero delle Strutture Riabilitative sottoposte a controllo con l'utilizzo della Scheda
4	3	Clinical governance	A	Presa in carico dei pazienti in Doppia Diagnosi Revisione Protocollo DSM - DDP	Realizzazione versione aggiornata 2023 Protocollo d'Intesa DSM - DDP	Approvazione con delibera DDG del Protocollo d'Intesa DSM - DDP Obiettivo in comune DSM - DDP
5	3	Clinical governance	M	Prevenzione e Gestione Integrata dei fenomeni di marginalità e inclusione sociale - Organizzazione incontri con Enti (Servizi Socio-Sanitari, Comuni, Forze dell'Ordine ecc)	Organizzazione di almeno n.4 incontri	Invio relazione finale entro il 31/12/2023 al Direttore DSM
6	3	Formazione	B	Realizzazione di un evento (con >2 edizioni) sulla prevenzione, riduzione e gestione del Rischio di comportamenti violenti verso operatori sanitari	Partecipazione personale >50% del DSM - DDP	Nella relazione da inviare al Direttore DSM-DDP indicare data e numero dei partecipanti
7	3	Appropriatezza setting assistenziale	M	Gestione dei casi difficili in collaborazione con gli SPDC Riduzione del fenomeno Revolving Door	Monitoraggio numero ricoveri revolving door	Relazione finale da inviare al Direttore DSM Obiettivo in condivisione SPDC - CSM

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI**

**OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023**

DIPARTIMENTO Dipartimento di Salute Mentale

UNITA' OPERATIVA UOC DSM - CSM Area 2

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	2 4	Lotta allo stigma e inclusione sociale	B	Evento dipartimentale di lotta allo stigma	Partecipazione personale >70%	Nella relazione da inviare al Direttore DSM indicare data e numero partecipanti
2	1	Appropriatezza setting assistenziale	M	Utilizzo scala standardizzata BPRS di valutazione degli esiti a livello territoriale	Somministrazione in almeno 80% dei nuovi contatti	Scala da somministrare al primo contatto ed a 6 mesi
3	3	Appropriatezza setting assistenziale	A	Utilizzo della Scheda redatta nel 2021 dal DSM nelle attività di verifica delle Strutture Riabilitative	100% delle Strutture Riabilitative sottoposte a controllo	Nella relazione da inviare al Direttore DSM riportare il numero delle Strutture Riabilitative sottoposte a controllo con l'utilizzo della Scheda
4	3	Clinical governance	A	Presa in carico dei pazienti in Doppia Diagnosi Revisione Protocollo DSM - DDP	Realizzazione versione aggiornata 2023 Protocollo d'Intesa DSM - DDP	Approvazione con delibera DDG del Protocollo d'Intesa DSM - DDP Obiettivo in comune DSM - DDP
5	3	Clinical governance	M	Prevenzione e Gestione Integrata dei fenomeni di marginalità e inclusione sociale - Organizzazione incontri con Enti (Servizi Socio-Sanitari, Comuni, Forze dell'Ordine ecc)	Organizzazione di almeno n.4 incontri	Invio relazione finale entro il 31/12/2023 al Direttore DSM
6	3	Formazione	B	Realizzazione di un evento (con >2 edizioni) sulla prevenzione, riduzione e gestione del Rischio di comportamenti violenti verso operatori sanitari	Partecipazione personale >50% del DSM - DDP	Nella relazione da inviare al Direttore DSM-DDP indicare data e numero dei partecipanti
7	3	Appropriatezza setting assistenziale	M	Gestione dei casi difficili in collaborazione con gli SPDC Riduzione del fenomeno Revolving Door	Monitoraggio numero ricoveri revolving door	Relazione finale da inviare al Direttore DSM Obiettivo in condivisione SPDC - CSM

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI**

**OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023**

DIPARTIMENTO Dipartimento di Salute Mentale

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

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	2 4	Lotta allo stigma e inclusione sociale	B	Evento dipartimentale di lotta allo stigma	Partecipazione personale >70%	Nella relazione da inviare al Direttore DSM indicare data e numero partecipanti
2	1	Appropriatezza setting assistenziale	M	Utilizzo scala standardizzata BPRS di valutazione degli esiti a livello territoriale	Somministrazione in almeno 80% dei nuovi contatti	Scala da somministrare al primo contatto ed a 6 mesi
3	3	Appropriatezza setting assistenziale	A	Utilizzo della Scheda redatta nel 2021 dal DSM nelle attività di verifica delle Strutture Riabilitative	100% delle Strutture Riabilitative sottoposte a controllo	Nella relazione da inviare al Direttore DSM riportare il numero delle Strutture Riabilitative sottoposte a controllo con l'utilizzo della Scheda
4	3	Clinical governance	A	Presenza in carico dei pazienti in Doppia Diagnosi Revisione Protocollo DSM - DDP	Realizzazione versione aggiornata 2023 Protocollo d'Intesa DSM - DDP	Approvazione con delibera DDG del Protocollo d'Intesa DSM - DDP Obiettivo in comune DSM - DDP
5	3	Clinical governance	M	Prevenzione e Gestione Integrata dei fenomeni di marginalità e inclusione sociale - Organizzazione incontri con Enti (Servizi Socio-Sanitari, Comuni, Forze dell'Ordine ecc)	Organizzazione di almeno n.4 incontri	Invio relazione finale entro il 31/12/2023 al Direttore DSM
6	3	Formazione	B	Realizzazione di un evento (con >2 edizioni) sulla prevenzione, riduzione e gestione del Rischio di comportamenti violenti verso operatori sanitari	Partecipazione personale >50% del DSM - DDP	Nella relazione da inviare al Direttore DSM-DDP indicare data e numero dei partecipanti
7	3	Appropriatezza setting assistenziale	M	Gestione dei casi difficili in collaborazione con gli SPDC Riduzione del fenomeno Revolving Door	Monitoraggio numero ricoveri revolving door	Relazione finale da inviare al Direttore DSM Obiettivo in condivisione SPDC - CSM

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI**

**OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023**

DIPARTIMENTO Dipartimento di Salute Mentale

UNITA' OPERATIVA UOC DSM - CSM Area 4

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	2 4	Lotta allo stigma e inclusione sociale	B	Evento dipartimentale di lotta allo stigma	Partecipazione personale >70%	Nella relazione da inviare al Direttore DSM indicare data e numero partecipanti
2	1	Appropriatezza setting assistenziale	M	Utilizzo scala standardizzata BPRS di valutazione degli esiti a livello territoriale	Somministrazione in almeno 80% dei nuovi contatti	Scala da somministrare al primo contatto ed a 6 mesi
3	3	Appropriatezza setting assistenziale	A	Utilizzo della Scheda redatta nel 2021 dal DSM nelle attività di verifica delle Strutture Riabilitative	100% delle Strutture Riabilitative sottoposte a controllo	Nella relazione da inviare al Direttore DSM riportare il numero delle Strutture Riabilitative sottoposte a controllo con l'utilizzo della Scheda
4	3	Clinical governance	A	Presa in carico dei pazienti in Doppia Diagnosi Revisione Protocollo DSM - DDP	Realizzazione versione aggiornata 2023 Protocollo d'Intesa DSM - DDP	Approvazione con delibera DDG del Protocollo d'Intesa DSM - DDP Obiettivo in comune DSM - DDP
5	3	Clinical governance	M	Prevenzione e Gestione Integrata dei fenomeni di marginalità e inclusione sociale - Organizzazione incontri con Enti (Servizi Socio-Sanitari, Comuni, Forze dell'Ordine ecc)	Organizzazione di almeno n.4 incontri	Invio relazione finale entro il 31/12/2023 al Direttore DSM
6	3	Formazione	B	Realizzazione di un evento (con >2 edizioni) sulla prevenzione, riduzione e gestione del Rischio di comportamenti violenti verso operatori sanitari	Partecipazione personale >50% del DSM - DDP	Nella relazione da inviare al Direttore DSM-DDP indicare data e numero dei partecipanti
7	3	Appropriatezza setting assistenziale	M	Gestione dei casi difficili in collaborazione con gli SPDC Riduzione del fenomeno Revolving Door	Monitoraggio numero ricoveri revolving door	Relazione finale da inviare al Direttore DSM Obiettivo in condivisione SPDC - CSM

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI**

**OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023**

DIPARTIMENTO Dipartimento di Salute Mentale

UNITA' OPERATIVA UOC DSM - CSM Area 5

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	2 4	Lotta allo stigma e inclusione sociale	B	Evento dipartimentale di lotta allo stigma	Partecipazione personale >70%	Nella relazione da inviare al Direttore DSM indicare data e numero partecipanti
2	1	Appropriatezza setting assistenziale	M	Utilizzo scala standardizzata BPRS di valutazione degli esiti a livello territoriale	Somministrazione in almeno 80% dei nuovi contatti	Scala da somministrare al primo contatto ed a 6 mesi
3	3	Appropriatezza setting assistenziale	A	Utilizzo della Scheda redatta nel 2021 dal DSM nelle attività di verifica delle Strutture Riabilitative	100% delle Strutture Riabilitative sottoposte a controllo	Nella relazione da inviare al Direttore DSM riportare il numero delle Strutture Riabilitative sottoposte a controllo con l'utilizzo della Scheda
4	3	Clinical governance	A	Presa in carico dei pazienti in Doppia Diagnosi Revisione Protocollo DSM - DDP	Realizzazione versione aggiornata 2023 Protocollo d'Intesa DSM - DDP	Approvazione con delibera DDG del Protocollo d'Intesa DSM - DDP Obiettivo in comune DSM - DDP
5	3	Clinical governance	M	Prevenzione e Gestione Integrata dei fenomeni di marginalità e inclusione sociale - Organizzazione incontri con Enti (Servizi Socio-Sanitari, Comuni, Forze dell'Ordine ecc)	Organizzazione di almeno n.4 incontri	Invio relazione finale entro il 31/12/2023 al Direttore DSM
6	3	Formazione	B	Realizzazione di un evento (con >2 edizioni) sulla prevenzione, riduzione e gestione del Rischio di comportamenti violenti verso operatori sanitari	Partecipazione personale >50% del DSM - DDP	Nella relazione da inviare al Direttore DSM-DDP indicare data e numero dei partecipanti
7	3	Appropriatezza setting assistenziale	M	Gestione dei casi difficili in collaborazione con gli SPDC Riduzione del fenomeno Revolving Door	Monitoraggio numero ricoveri revolving door	Relazione finale da inviare al Direttore DSM Obiettivo in condivisione SPDC - CSM

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**



**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI**

**OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023**

DIPARTIMENTO Dipartimento di Salute Mentale

UNITA' OPERATIVA **UOC DSM - CSM Area 6**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	2 4	Lotta allo stigma e inclusione sociale	B	Evento dipartimentale di lotta allo stigma	Partecipazione personale >70%	Nella relazione da inviare al Direttore DSM indicare data e numero partecipanti
2	1	Appropriatezza setting assistenziale	M	Utilizzo scala standardizzata BPRS di valutazione degli esiti a livello territoriale	Somministrazione in almeno 80% dei nuovi contatti	Scala da somministrare al primo contatto ed a 6 mesi
3	3	Appropriatezza setting assistenziale	A	Utilizzo della Scheda redatta nel 2021 dal DSM nelle attività di verifica delle Strutture Riabilitative	100% delle Strutture Riabilitative sottoposte a controllo	Nella relazione da inviare al Direttore DSM riportare il numero delle Strutture Riabilitative sottoposte a controllo con l'utilizzo della Scheda
4	3	Clinical governance	A	Presa in carico dei pazienti in Doppia Diagnosi Revisione Protocollo DSM - DDP	Realizzazione versione aggiornata 2023 Protocollo d'Intesa DSM - DDP	Approvazione con delibera DDG del Protocollo d'Intesa DSM - DDP Obiettivo in comune DSM - DDP
5	3	Clinical governance	M	Prevenzione e Gestione Integrata dei fenomeni di marginalità e inclusione sociale - Organizzazione incontri con Enti (Servizi Socio-Sanitari, Comuni, Forze dell'Ordine ecc)	Organizzazione di almeno n.4 incontri	Invio relazione finale entro il 31/12/2023 al Direttore DSM
6	3	Formazione	B	Realizzazione di un evento (con >2 edizioni) sulla prevenzione, riduzione e gestione del Rischio di comportamenti violenti verso operatori sanitari	Partecipazione personale >50% del DSM - DDP	Nella relazione da inviare al Direttore DSM-DDP indicare data e numero dei partecipanti
7	3	Appropriatezza setting assistenziale	M	Gestione dei casi difficili in collaborazione con gli SPDC Riduzione del fenomeno Revolving Door	Monitoraggio numero ricoveri revolving door	Relazione finale da inviare al Direttore DSM Obiettivo in condivisione SPDC - CSM

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI**

**OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023**

DIPARTIMENTO Dipartimento di Salute Mentale

UNITA' OPERATIVA **UOC DSM - CSM Area 7**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	2 4	Lotta allo stigma e inclusione sociale	B	Evento dipartimentale di lotta allo stigma	Partecipazione personale >70%	Nella relazione da inviare al Direttore DSM indicare data e numero partecipanti
2	1	Appropriatezza setting assistenziale	M	Utilizzo scala standardizzata BPRS di valutazione degli esiti a livello territoriale	Somministrazione in almeno 80% dei nuovi contatti	Scala da somministrare al primo contatto ed a 6 mesi
3	3	Appropriatezza setting assistenziale	A	Utilizzo della Scheda redatta nel 2021 dal DSM nelle attività di verifica delle Strutture Riabilitative	100% delle Strutture Riabilitative sottoposte a controllo	Nella relazione da inviare al Direttore DSM riportare il numero delle Strutture Riabilitative sottoposte a controllo con l'utilizzo della Scheda
4	3	Clinical governance	A	Presa in carico dei pazienti in Doppia Diagnosi Revisione Protocollo DSM - DDP	Realizzazione versione aggiornata 2023 Protocollo d'Intesa DSM - DDP	Approvazione con delibera DDG del Protocollo d'Intesa DSM - DDP Obiettivo in comune DSM - DDP
5	3	Clinical governance	M	Prevenzione e Gestione Integrata dei fenomeni di marginalità e inclusione sociale - Organizzazione incontri con Enti (Servizi Socio-Sanitari, Comuni, Forze dell'Ordine ecc)	Organizzazione di almeno n.4 incontri	Invio relazione finale entro il 31/12/2023 al Direttore DSM
6	3	Formazione	B	Realizzazione di un evento (con >2 edizioni) sulla prevenzione, riduzione e gestione del Rischio di comportamenti violenti verso operatori sanitari	Partecipazione personale >50% del DSM - DDP	Nella relazione da inviare al Direttore DSM-DDP indicare data e numero dei partecipanti
7	3	Appropriatezza setting assistenziale	M	Gestione dei casi difficili in collaborazione con gli SPDC Riduzione del fenomeno Revolving Door	Monitoraggio numero ricoveri revolving door	Relazione finale da inviare al Direttore DSM Obiettivo in condivisione SPDC - CSM

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023

DIPARTIMENTO Dipartimento di Salute Mentale

UNITA' OPERATIVA UOSVD DSM - Disturbi del comportamento alimentare

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Appropriatezza setting assistenziale	B	Report semestrale sui dati di attività	N. 2 Report	Da inviare al Direttore del Dipartimento
2	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 2023 entro il 15/09/2023 N. 1 Report relativo all'anno 2023 entro 28/02/2024	Da inviare al Direttore del Dipartimento
3	4	Lotta allo stigma e inclusione sociale	B	Effettuazione eventi di lotta allo stigma e/o promozione della salute rivolto a popolazione target a rischio DCA e/o operatori socio-sanitari	Almeno 3 eventi	Nella Relazione finale descrivere data, sede, argomento e n. partecipanti
4	3	Appropriatezza setting assistenziale	M	Valutazione e predisposizione con monitoraggio di PTR residenziali riabilitativi DCA di competenza ASL BA (comprese proroghe)	Relazione specialistica finale su PTR residenziali/utenti 2023 e confronto anni precedenti	
5	3	Appropriatezza setting assistenziale	A	% pazienti presi in carico e/o rivalutati nel 2023 con applicazione protocollo di valutazione con scale standardizzate riconosciute nei DCA	> 85% dei pazienti presi in carico	
6	2	Clinical governance	M	Programma strutturato di Psicoeducazione per familiari di soggetti con DCA in carico alla UOSVD DCA	Almeno 5 incontri su tematiche specifiche	Nella Relazione finale allegare una relazione sintetica con Scheda programma con n. Incontri, date, tematiche generali e n. medio familiari presenti
7	3 2	Clinical governance	M	Realizzazione Incontri di gruppo con intervento riabilitativo DCA con Like Skill e Cognitive Remediation Realizzazione Therapy a soggetti area DCA restrittiva	N.2 moduli (ogni modulo di 10 incontri rispettivamente 5+5)	Ogni modulo prevede n.16 interventi di gruppo a soggetti con DCA area restrittiva. Intervallo incontri settimanale o quindicinale in base a n utenti e spazi della struttura

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI**

**OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023**

DIPARTIMENTO Dipartimento di Salute Mentale

UNITA' OPERATIVA **UOC DSM - Psicologia Clinica**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	2 4	Lotta allo stigma e inclusione sociale	B	Evento dipartimentale di lotta allo stigma	Partecipazione personale >70%	Nella relazione da inviare al Direttore DSM indicare data e numero partecipanti
2	1	Appropriatezza setting assistenziale	M	Utilizzo scala standardizzata BPRS di valutazione degli esiti a livello territoriale	Somministrazione in almeno 80% dei nuovi contatti	Scala da somministrare al primo contatto ed a 6 mesi
3	3	Clinical governance	A	Presa in carico dei pazienti in Doppia Diagnosi Revisione Protocollo DSM - DDP	Realizzazione versione aggiornata 2023 Protocollo d'Intesa DSM -DDP	Approvazione con delibera DDG del Protocollo d'Intesa DSM - DDP Obiettivo in comune DSM - DDP

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI**

**OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023**

DIPARTIMENTO Dipartimento di Salute Mentale

UNITA' OPERATIVA **UOSVD DSM - Psichiatria Penitenziaria**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Clinical governance	M	Valutazione Clinica mediante l'uso di scale standardizzate	80% dei pazienti	
2	3	Clinical governance	M	Organizzazione attività riabilitativa presso CC Bari con monitoraggio degli esiti	Almeno due progetti riabilitativi a gruppi di pazienti	
3	2	Lotta allo stigma e inclusione sociale	B	Evento dipartimentale di lotta allo stigma	Partecipazione personale >70%	Nella relazione da inviare al Direttore DSM indicare data e numero partecipanti
4	3	Formazione	B	Realizzazione di un evento (con >2 edizioni) sulla prevenzione, riduzione e gestione del Rischio di comportamenti violenti verso operatori sanitari	Partecipazione personale >50% del DSM - DDP	Nella relazione da inviare al Direttore DSM-DDP indicare data e numero dei partecipanti
5	3	Clinical governance	A	Protocollo di azioni congiunte tra Psichiatria Penitenziaria e Medicina Penitenziaria per la gestione del paziente detenuto con patologia psichiatrica	Invio del protocollo all'U.O. Gestione del Rischio Clinico	Obiettivo in comune tra Psichiatria Penitenziaria e Medicina Penitenziaria. Allegare alla Relazione finale la documentazione dell'invio all'UO gestione del Rischio Clinico

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI**

**OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023**

DIPARTIMENTO Dipartimento di Salute Mentale

UNITA' OPERATIVA **UOSVD DSM - Esordi Psicotici**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	2 3	Clinical Governance	M	Osservatorio suicidio e autolesionismo Raccolta tramite schede dei casi di suicidi, TS e autolesionismo per una valutazione quantitativa e qualitativa dei fenomeni nel DSM	Compilazione da parte di almeno l'80% delle UU.OO. del DSM	Allegare alla relazione finale report e riepilogativo della partecipazione delle UU.OO.
2	2 3	Clinical Governance	M	Diffusione di scale di valutazione sull'autolesionismo per pazienti individuati e successiva elaborazione dei dati raccolti	Compilazione delle schede da almeno il 60% delle UU.OO. Del DSM	Allegare alla relazione finale report e riepilogativo della partecipazione delle UU.OO.
3	2 3	Appropriatezza setting assistenziale	M	Organizzazione di gruppi terapeutici psicoeducativi Offerta di interventi specifici di gruppo per popolazioni specifiche di pazienti	Formazione di almeno 3 gruppi terapeutici/psicoeducativi	Allegare alla relazione finale report riepilogativo
4	2	Miglioramento della qualità assistenziale	B	Intervento di sensibilizzazione sul disagio giovanile e gli interventi precoci Incontri di formazione rivolti ai docenti e incontri di sensibilizzazione per genitori, docenti e studenti	Almeno una scuola media superiore con coinvolgimento di docenti, genitori e studenti	Riportare neella relazione finale da inviare al Direttore data, sede e numero partecipanti
5	2 4	Lotta allo stigma e inclusione sociale	B	Evento dipartimentale di lotta allo stigma	Partecipazione personale >70%	Nella relazione da inviare al Direttore DSM indicare data e numero partecipanti

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023

DIPARTIMENTO Dipartimento di Salute Mentale

UNITA' OPERATIVA UOC DSM - SPDC San Paolo

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 4	Clinical governance	A	% Dimissioni volontarie	< 3%	
2 3	Clinical governance	M	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 4 per la prevenzione del suicidio di paziente in ospedale	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
3 3	Appropriatezza setting assistenziale	A	Contenzione meccanica: realizzazione di evento formativo e monitoraggio eventi	I semestre: realizzazione di un evento formativo sulla prevenzione della contenzione meccanica; Il semestre: riduzione del 20% degli episodi di contenzione rispetto al secondo semestre dell'anno precedente	Monitoraggio del n. della contenzione sulla base dei dati presenti sul Registro delle Contenzioni dell'SPDC, con invio report quadrimestrale alla Direzione DSM Relazione finale da inviare al Direttore DSM
4 3	Appropriatezza setting assistenziale	M	Gestione dei casi difficili in collaborazione con i CSM - Monitoraggio del fenomeno Revolving Door intraaziendale (% nuovo ricovero entro 7gg e 30 gg)	Relazione quadrimestrale e annuale sul monitoraggio del revolving door	Relazione finale da inviare al Direttore DSM Obiettivo in condivisione SPDC - CSM
5 3 2	Clinical governance	M	Realizzazione di progetti psicoeducativi rivolti a pazienti dell'SPDC e loro familiari	Almeno due progetti	Relazione da trasmettere al Direttore del DSM
6 3	Clinical governance	A	Presa in carico dei pazienti in Doppia Diagnosi Revisione Protocollo DSM - DDP	Realizzazione versione aggiornata 2023 Protocollo d'Intesa DSM -DDP	Approvazione con delibera DDG del Protocollo d'Intesa DSM - DDP Obiettivo in comune DSM - DDP
7 3	Formazione	B	Realizzazione di un evento (con >2 edizioni) sulla prevenzione, riduzione e gestione del Rischio di comportamenti violenti verso operatori sanitari	Partecipazione personale >50% del DSM - DDP	Nella relazione da inviare al Direttore DSM-DDP indicare data e numero dei partecipanti

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023

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	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 PTAPCT 2022-2024 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
3	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Trasparenza	Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui al Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2022-2024	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009
4	3	Percorso attuativo Certificabilità degli Enti del SSR	M	Trasmissione dei prospetti trimestrali di rendicontazione dei Servizi/Prestazioni erogati dal Dipartimento come da Manuale delle Procedure amministrativo-contabili (pagg.31-33)	Trasmissione di N. 4 Prospetti Trimestrali	Certificato da AGRF
5	3	Efficienza organizzativa	B	Monitoraggio del grado di raggiungimento degli obiettivi operativi di budget delle UOC E UOSVD al 30 giugno, come da singoli obiettivi assegnati alle UOC e UOSVD	Redazione di documento di assemblamento ed analisi delle relazioni di monitoraggio al 30 giugno finalizzate alla redazione di eventuale rimodulazione	Presenza documento di analisi aggiornato al 30/06, eventualmente corredato di proposte di rimodulazione, da inviarsi alla STP con nota protocollata
6	3	Efficienza organizzativa	B	Raccolta relazioni degli obiettivi operativi di budget delle UOC e UOSVD al 31 dicembre	Richiesta con nota protocollata e fascicolazione delle relazioni pervenute, relative agli obiettivi operativi di budget al 31 dicembre	Presenza nota protocollata
7	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	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
9	2	Comunicazione istituzionale	B	Invio dei dati all'U.O. Servizio di Informazione e Comunicazione istituzionale per l'aggiornamento del Portale aziendale	Invio quadrimestrale dei dati	Certificato dall'U.O. Servizio di Informazione e Comunicazione istituzionale
10	3	Potenziamento screening oncologici	A	Screening Carcinoma della mammella: Percentuale di estensione della popolazione bersaglio	80% della popolazione bersaglio	
11	3	Potenziamento screening oncologici	A	Screening Carcinoma della cervice uterina: Percentuale di estensione della popolazione bersaglio	90% della popolazione bersaglio	
12	3	Potenziamento screening oncologici	A	Screening Carcinoma del Colon retto: Percentuale di estensione della popolazione bersaglio	60% della popolazione bersaglio	
13	3	Efficienza organizzativa	M	Revisione ed adeguamento delle schede di rendicontazione dei flussi informativi relativi alle attività svolte, in funzione della suddivisione di compiti fra alcune UOC e UOSVD	schede revisionate/schede da revisionare= 1	
14	3	Efficienza organizzativa	M	Revisione ed adeguamento dei prospetti trimestrali di rendicontazione dei Servizi/Prestazioni erogati dal Dipartimento, in funzione del sistema PagoPA	schede revisionate/schede da revisionare= 1	
15	3	Efficienza organizzativa	M	Predisposizione di sistema per la redazione uniforme ed automatizzata della Determina di liquidazione trimestrale per le Commissioni Invalidi Civili, da adeguarsi alle nomine da riferirsi alla DDG 1395/2021	Documento informatico per la compilazione guidata della Determinazione Dirigenziale di liquidazione	

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**



AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023

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

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture	Giorni consegna alla Direzione del Dipartimento della determina di liquidazione < 15 gg dalla registrazione delle fatture	Data di consegna della determina al Dipartimento di Prevenzione. Certificato dalla Direzione del Dipartimento Per le determine di liquid. per incarichi di natura autonoma per emergenza COVID considerare la data della fattura più recente.
2	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione	Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dal Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2022-2024 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
3	3	Qualità flussi informativi	M	Flussi informativi trasmessi entro i termini previsti / totale flussi informativi di competenza	100%	Obiettivo certificato dalla Direzione del Dipartimento
4	3	Percorso attuativo Certificabilità degli Enti del SSR	M	Trasmissione dei prospetti trimestrali di rendicontazione dei Servizi/Prestazioni erogati dal Dipartimento come da Manuale delle Procedure amministrativo-contabili (pagg.31-33)	Trasmissione di N. 4 Prospetti Trimestrali	Certificato da AGRF
5	3	Efficienza organizzativa	M	Monitoraggio attività libero professionale per la verifica del rispetto del vincolo di non superamento dei volumi di attività istituzionale	Riscontro alle richieste formulate da Macroarea ALPI D3 relative all'invio mensile dei volumi di attività ALPI con la dichiarazione dei volumi mensili di attività istituz. corrispondenti	Allegare Note di riscontro nella Relazione finale
6 #	3	Potenziamento attività di Sorveglianza e Prevenzione Malattie Infettive Trasmissibili	A	Vaccinazione antimeningococco B: completamento 3' dose su Coorte 2022	80%	
7 #	3	Potenziamento attività di Sorveglianza e Prevenzione Malattie Infettive Trasmissibili	A	Vaccinazione antimeningococco Tetravalente Coorte 2010	70%	
8	3	Potenziamento attività di controllo	A	Attività verificate ad alto rischio ex D.Lgs 222/2016/totale attività ad Alto rischio ex D.Lgs 222/2016	20%	
9	3	Potenziamento attività di controllo	A	N. controlli su Piscine Pubbliche o Private espletati / N. richieste di controllo Piscine Pubbliche o Private pervenute	100%	Come da Programma Regionale, giusta nota della Regione Puglia AOO 152/2205 del 30.6.2020
10	3	Efficienza Organizzativa	B	Monitoraggio del grado di raggiungimento degli obiettivi di budget	Invio entro il 31/07 alla Direzione del Dipartimento di relazione di monitoraggio al 30/06 di ciascuno degli obiettivi assegnati, con eventuale proposta di rimodulazione	Relazione di monitoraggio, redatta sullo schema della scheda obiettivi operativi, con le motivazioni delle eventuali rimodulazioni
11	3	Efficienza Organizzativa	B	Redazione documento annuale sul raggiungimento degli obiettivi di budget	Invio alla Direzione del Dipartimento di relazione annuale al 31/12, di ciascuno degli obiettivi di budget assegnati, entro la data 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 Dicembre 2022

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023

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	Giorni consegna alla Direzione del Dipartimento della determina di liquidazione < 15 gg dalla registrazione delle fatture	Data di consegna della determina al Dipartimento di Prevenzione. Certificato dalla Direzione del Dipartimento Per le determine di liquid. per incarichi di natura autonoma per emergenza COVID considerare la data della fattura più recente.
2	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione	Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dal Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2022-2024 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
3	3	Qualità flussi informativi	M	Flussi informativi trasmessi entro i termini previsti / totale flussi informativi di competenza	100%	Obiettivo certificato dalla Direzione del Dipartimento
4	3	Percorso attuativo Certificabilità degli Enti del SSR	M	Trasmissione dei prospetti trimestrali di rendicontazione dei Servizi/Prestazioni erogati dal Dipartimento come da Manuale delle Procedure amministrativo-contabili (pagg.31-33)	Trasmissione di N. 4 Prospetti Trimestrali	Certificato da AGRF
5	3	Efficienza organizzativa	M	Monitoraggio attività libero professionale per la verifica del rispetto del vincolo di non superamento dei volumi di attività istituzionale	Riscontro alle richieste formulate da Macroarea ALPI D3 relative all'invio mensile dei volumi di attività ALPI con la dichiarazione dei volumi mensili di attività istituz. corrispondenti	Allegare Note di riscontro nella Relazione finale
6 #	3	Potenziamento attività di Sorveglianza e Prevenzione Malattie Infettive Trasmissibili	A	Vaccinazione antimeningococco B: completamento 3' dose su Coorte 2022	80%	
7 #	3	Potenziamento attività di Sorveglianza e Prevenzione Malattie Infettive Trasmissibili	A	Vaccinazione antimeningococco Tetravalente Coorte 2010	70%	
8	3	Potenziamento attività di controllo	A	Attività verificate ad alto rischio ex D.Lgs 222/2016/totale attività ad Alto rischio ex D.Lgs 222/2016	20%	
9	3	Potenziamento attività di controllo	A	N. controlli su Piscine Pubbliche o Private espletati / N. richieste di controllo Piscine Pubbliche o Private pervenute	100%	Come da Programma Regionale, giusta nota della Regione Puglia AOO 152/2205 del 30.6.2020
10	3	Formazione	M	Formazione di Dirigenti Medici, Veterinari e Tecnici della Prevenzione sulla Listeriosi	Organizzazione di almeno un evento ECM riguardante la sicurezza nutrizionale (Listeriosi)	Obiettivo condiviso tra SIAN Nord, SIAV B Nord e SISP Nord Nella Relazione di fine anno descrivere data, sede, argomento e n. partecipanti
11	3	Efficienza Organizzativa	B	Monitoraggio del grado di raggiungimento degli obiettivi di budget	Invio entro il 31/07 alla Direzione del Dipartimento di relazione di monitoraggio al 30/06 di ciascuno degli obiettivi assegnati, con eventuale proposta di rimodulazione	Relazione di monitoraggio, redatta sullo schema della scheda obiettivi operativi, con le motivazioni delle eventuali rimodulazioni
12	3	Efficienza Organizzativa	B	Redazione documento annuale sul raggiungimento degli obiettivi di budget	Invio alla Direzione del Dipartimento di relazione annuale al 31/12, di ciascuno degli obiettivi di budget assegnati, entro la data 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 Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023

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	Giorni consegna alla Direzione del Dipartimento della determina di liquidazione < 15 gg dalla registrazione delle fatture	Data di consegna della determina al Dipartimento di Prevenzione. Certificato dalla Direzione del Dipartimento Per le determine di liquid. per incarichi di natura autonoma per emergenza COVID considerare la data della fattura più recente.
2	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione	Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dal Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2022-2024 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
3	3	Qualità flussi informativi	M	Flussi informativi trasmessi entro i termini previsti / totale flussi informativi di competenza	100%	Obiettivo certificato dalla Direzione del Dipartimento
4	3	Percorso attuativo Certificabilità degli Enti del SSR	M	Trasmissione dei prospetti trimestrali di rendicontazione dei Servizi/Prestazioni erogati dal Dipartimento come da Manuale delle Procedure amministrativo-contabili (pagg.31-33)	Trasmissione di N. 4 Prospetti Trimestrali	Certificato da AGRF
5	3	Efficienza organizzativa	M	Monitoraggio attività libero professionale per la verifica del rispetto del vincolo di non superamento dei volumi di attività istituzionale	Riscontro alle richieste formulate da Macroarea ALPI D3 relative all'invio mensile dei volumi di attività ALPI con la dichiarazione dei volumi mensili di attività istituz. corrispondenti	Allegare Note di riscontro nella Relazione finale
6 #	3	Potenziamento attività di Sorveglianza e Prevenzione Malattie Infettive Trasmissibili	A	Vaccinazione antimeningococco B: completamento 3' dose su Coorte 2022	80%	
7 #	3	Potenziamento attività di Sorveglianza e Prevenzione Malattie Infettive Trasmissibili	A	Vaccinazione antimeningococco Tetravalente Coorte 2010	70%	
8	3	Potenziamento attività di controllo	A	Attività verificate ad alto rischio ex D.Lgs 222/2016/totale attività ad Alto rischio ex D.Lgs 222/2016	10%	
9	3	Potenziamento attività di controllo	A	N. controlli su Piscine Pubbliche o Private espletati / N. richieste di controllo Piscine Pubbliche o Private pervenute	100%	Come da Programma Regionale, giusta nota della Regione Puglia AOO 152/2205 del 30.6.2020
10	3	Efficienza Organizzativa	B	Monitoraggio del grado di raggiungimento degli obiettivi di budget	Invio entro il 31/07 alla Direzione del Dipartimento di relazione di monitoraggio al 30/06 di ciascuno degli obiettivi assegnati, con eventuale proposta di rimodulazione	Relazione di monitoraggio, redatta sullo schema della scheda obiettivi operativi, con le motivazioni delle eventuali rimodulazioni
11	3	Efficienza Organizzativa	B	Redazione documento annuale sul raggiungimento degli obiettivi di budget	Invio alla Direzione del Dipartimento di relazione annuale al 31/12, di ciascuno degli obiettivi di budget assegnati, entro la data 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 Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023

DIPARTIMENTO Dipartimento di Prevenzione

UNITA' OPERATIVA UOC D. PREV. - SPESAL - Area Metropolitana

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Attività di vigilanza e controllo	A	Numero di aziende da verificare e controllare sul totale di attività produttive con almeno un dipendente (n. 14380) presenti sul territorio	719 controlli (5% di 14380 attività produttive con almeno un dipendente - Fonte INAIL)	Report riepilogativo da inviare al Direttore del Dipartimento. Subordinato al completamento della dotazione organica
2	3	Piano Regionale della Prevenzione 2021 – 2025 PP3	A	Elaborazione di n. 1 Piano Mirato di Prevenzione relativo agli obiettivi ridefiniti del PRP: PP3 Luoghi di lavoro che promuovono salute	400 lavoratori/SPESAL all'anno	Collaborazione con le UU.OO.CC SIAN, Cardiologia, Endocrinologia
3	3	Piano Regionale della Prevenzione 2021 – 2025 PP6	A	Elaborazione di n. 1 Piano Mirato di Prevenzione relativo agli obiettivi predefiniti del PP6: comparti diversi da Edilizia e Agricoltura	1 Piano Mirato di Prevenzione (Alternanza scuola lavoro)	Report riepilogativo da inviare al Direttore del Dipartimento
4	3	Piano Regionale della Prevenzione 2021 – 2025 PP7	A	Elaborazione di n. 1 Piano Mirato di Prevenzione relativo agli obiettivi predefiniti del PP7: comparto Edilizia	1 Piano Mirato di Prevenzione	Report riepilogativo da inviare al Direttore del Dipartimento
5	3	Piano Regionale della Prevenzione 2021 – 2025 PP7	A	Percentuale di cantieri ispezionati sul territorio aziendale/Tot. Cantieri notificati sul territorio aziendale nell'anno precedente	12%	Report riepilogativo da inviare al Direttore del Dipartimento
6	3	Piano Regionale della Prevenzione 2021 – 2025 PP7	A	Percentuale di cantieri amianto ispezionati sul territorio aziendale/Tot. Piani di lavoro amianto presentati ex art. 256, comma 2 del D.Lgs. 81/08 nell'annualità di riferimento	25%	Report riepilogativo da inviare al Direttore del Dipartimento
7	3	Piano Regionale della Prevenzione 2021 – 2025 PP7	A	Numero di aziende da ispezionare nel settore agricoltura	10 controlli annui	Report riepilogativo da inviare al Direttore del Dipartimento
8	3	Piano Regionale della Prevenzione 2021 – 2025 PP8	A	Elaborazione di n. 1 Piano Mirato di Prevenzione del rischio cancerogeno professionale	1 Piano Mirato di Prevenzione (50 controlli annui, di cui 25 in collaborazione con l'Articolazione territoriale REACH-CLP)	Report riepilogativo da inviare al Direttore del Dipartimento
9	3	Piano Regionale della Prevenzione 2021 – 2025 PP8	A	Elaborazione di n. 1 Piano Mirato di Prevenzione delle patologie professionali dell'apparato muscolo-scheletrico	1 Piano Mirato di Prevenzione delle patologie professionali dell'apparato muscolo-scheletrico (50 contr. annui SPESAL)	Report riepilogativo da inviare al Direttore del Dipartimento
10	3	Piano Regionale della Prevenzione 2021 – 2025 PP8	A	Elaborazione di n. 1 Piano Mirato di Prevenzione del rischio stress correlato	1 Piano Mirato di Prevenzione del rischio stress correlato al lavoro (40 contr. annui SPESAL)	Report riepilogativo da inviare al Direttore del Dipartimento
11	3	Piano Regionale della Prevenzione 2021 – 2025	A	Attività di formazione	Realizzazione di n.1 evento formativo per medici competenti di aziende presenti del territorio/operatori SPESAL	Report riepilogativo da inviare al Direttore del Dipartimento
12	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture	Giorni consegna alla Direzione del Dipartimento della determina di liquidazione < 15 gg dalla registrazione delle fatture	Data di consegna della determina al Dipartimento di Prevenzione.Certificato dalla Direzione del Dipartimento
13	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 PTAPCT 2022-2024 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
14	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
15	3	Qualità flussi informativi	M	Flussi informativi trasmessi entro i termini previsti / totale flussi informativi di competenza	100%	Obiettivo certificato dalla Direzione del Dipartimento
16	3	Efficienza Organizzativa	B	Monitoraggio del grado di raggiungimento degli obiettivi di budget	Invio entro il 31/07 alla Direzione del Dipartimento di relazione di monitoraggio al 30/06 di ciascuno degli obiettivi assegnati, con eventuale proposta di rimodulazione	Relazione di monitoraggio, redatta sullo schema della scheda obiettivi operativi, con le motivazioni delle eventuali rimodulazioni
17	3	Efficienza Organizzativa	B	Redazione documento annuale sul raggiungimento degli obiettivi di budget	Invio alla Direzione del Dipartimento di relazione annuale al 31/12, di ciascuno degli obiettivi di budget assegnati, entro la data richiesta	

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI**

**OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023**

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

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Attività di vigilanza e controllo	A	Numero di aziende da verificare e controllare sul totale di attività produttive con almeno un dipendente (n. 13.860) presenti sul territorio	693 controlli (5% di 13.860 attività produttive con almeno un dipendente - Fonte INAIL)	Report riepilogativo da inviare al Direttore del Dipartimento. Subordinato al completamento della dotazione organica
2	3	Piano Regionale della Prevenzione 2021 – 2025 PP3	A	Elaborazione di n. 1 Piano Mirato di Prevenzione relativo agli obiettivi ridefiniti del PRP: PP3 Luoghi di lavoro che promuovono salute	400 lavoratori/SPESAL all'anno	Collaborazione con le UU.OO.CC SIAN, Cardiologia, Endocrinologia
3	3	Piano Regionale della Prevenzione 2021 – 2025 PP6	A	Elaborazione di n. 1 Piano Mirato di Prevenzione relativo agli obiettivi predefiniti del PP6: comparti diversi da Edilizia e Agricoltura	1 Piano Mirato di Prevenzione (Alternanza scuola lavoro)	Report riepilogativo da inviare al Direttore del Dipartimento
4	3	Piano Regionale della Prevenzione 2021 – 2025 PP7	A	Elaborazione di n. 1 Piano Mirato di Prevenzione relativo agli obiettivi predefiniti del PP7: comparto Edilizia o Agricoltura	1 Piano Mirato di Prevenzione	Report riepilogativo da inviare al Direttore del Dipartimento
5	3	Piano Regionale della Prevenzione 2021 – 2025 PP7	A	Percentuale di cantieri ispezionati sul territorio aziendale/Tot. Cantierinotificati sul territorio aziendale nell'anno precedente	9%	Report riepilogativo da inviare al Direttore del Dipartimento
6	3	Piano Regionale della Prevenzione 2021 – 2025 PP7	A	Percentuale di cantieri amianto ispezionati sul territorio aziendale/Tot. Piani di lavoro amianto presentati ex art. 256, comma 2 del D.Lgs. 81/08 nell'annualità di riferimento	25%	Report riepilogativo da inviare al Direttore del Dipartimento
7	3	Piano Regionale della Prevenzione 2021 – 2025 PP7	A	Numero di aziende da ispezionare nel settore agricoltura	35 controlli annui	Report riepilogativo da inviare al Direttore del Dipartimento
8	3	Piano Regionale della Prevenzione 2021 – 2025 PP8	A	Elaborazione di n. 1 Piano Mirato di Prevenzione del rischio cancerogeno professionale	1 Piano Mirato di Prevenzione (50 controlli annui, di cui 25 in collaborazione con l'Articolazione territoriale REACH-CLP)	Report riepilogativo da inviare al Direttore del Dipartimento
9	3	Piano Regionale della Prevenzione 2021 – 2025 PP8	A	Elaborazione di n. 1 Piano Mirato di Prevenzione delle patologie professionali dell'apparato muscolo-scheletrico	1 Piano Mirato di Prevenzione delle patologie professionali dell'apparato muscolo-scheletrico (50 contr. annui SPESAL)	Report riepilogativo da inviare al Direttore del Dipartimento
10	3	Piano Regionale della Prevenzione 2021 – 2025 PP8	A	Elaborazione di n. 1 Piano Mirato di Prevenzione del rischio stress correlato	1 Piano Mirato di Prevenzione del rischio stress correlato al lavoro (40 contr. annui SPESAL)	Report riepilogativo da inviare al Direttore del Dipartimento
11	3	Piano Regionale della Prevenzione 2021 – 2025	A	Attività di formazione	Realizzazione di n.1 evento formativo per medici competenti di aziende presenti del territorio/operatori SPESAL	Report riepilogativo da inviare al Direttore del Dipartimento
12	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture	Giorni consegna alla Direzione del Dipartimento della determina di liquidazione < 15 gg dalla registrazione delle fatture	Data di consegna della determina al Dipartimento di Prevenzione. Certificato dalla Direzione del Dipartimento
13	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 PTAPCT 2022-2024 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
14	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
15	3	Qualità flussi informativi	M	Flussi informativi trasmessi entro i termini previsti / totale flussi informativi di competenza	100%	Obiettivo certificato dalla Direzione del Dipartimento
16	3	Efficienza Organizzativa	B	Monitoraggio del grado di raggiungimento degli obiettivi di budget	Produzione ed invio entro il 31/07 alla Direzione del Dipartimento di relazione di monitoraggio al 30 giugno di ciascuno degli obiettivi assegnati, con eventuale proposta di rimodulazione ove opportuno	Relazione di monitoraggio, redatta sullo schema della scheda obiettivi operativi, con le motivazioni delle eventuali rimodulazioni
17	3	Efficienza Organizzativa	B	Redazione documento annuale sul raggiungimento degli obiettivi di budget	Produzione ed invio alla Direzione del Dipartimento di relazione annuale al 31 dicembre, di ciascuno degli obiettivi di budget assegnati, entro la data richiesta	

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023

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

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Attività di vigilanza e controllo	A	Numero di aziende da verificare e controllare sul totale di attività produttive con almeno un dipendente presenti sul territorio	4% (sul totale delle attività produttive con almeno un dipendente - Fonte INAIL)	Report riepilogativo da inviare al Direttore del Dipartimento. Subordinato al completamento della dotazione organica
2	3	Piano Regionale della Prevenzione 2021 – 2025 PP3	A	Intervento di promozione della salute nell'ambito del PP3 finalizzato al miglioramento della salute dei lavoratori nelle categorie esposte a rischio per cui vige l'obbligo di vaccinazione antitetanica	N. 1 intervento	Report riepilogativo da inviare al Direttore del Dipartimento. Subordinato al completamento della dotazione organica
3	3	Piano Regionale della Prevenzione 2021 – 2025 PP7	A	Attività di vigilanza nell'ambito del PP7- Prevenzione in Edilizia e in Agricoltura	35 controlli in aziende agricole o zootecniche	Report riepilogativo da inviare al Direttore del Dipartimento
4	3	Piano Regionale della Prevenzione 2021 – 2025 PP7	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
5	3	Piano Regionale della Prevenzione 2021 – 2025 PP8	A	Realizzazione e completamento di n. 2 PMP relativi all'obiettivo PP8	Rischio chimico e cancerogeno: 15% delle aziende coinvolte = 25 aziende controllate. Rischio MSK: 15% delle aziende coinvolte = 15 aziende controllate	Report riepilogativo da inviare al Direttore del Dipartimento
6	3	Piano Regionale della Prevenzione 2021 – 2025 PP8	A	Elaborazione di n. 1 Piano Mirato di Prevenzione del rischio stress correlato	1 Piano Mirato di Prevenzione del rischio stress correlato al lavoro	Report riepilogativo da inviare al Direttore del Dipartimento
6	3	Piano Regionale della Prevenzione 2021 – 2025 PP7	A	Percentuale di cantieri amianto ispezionati sul territorio aziendale/Tot. Piani di lavoro amianto presentati ex art. 256, comma 2 del D.Lgs. 81/08 nell'annualità di riferimento	25%	Report riepilogativo da inviare al Direttore del Dipartimento
7	3	Piano Regionale della Prevenzione 2021 – 2025	A	Attività di formazione	Realizzazione di n.1 evento formativo per medici competenti di aziende presenti del territorio/operatori SPESAL	Report riepilogativo da inviare al Direttore del Dipartimento
8	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 PTAPCT 2022-2024 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
9	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
10	3	Piano Regionale della Prevenzione 2021 – 2025 PP8	A	Elaborazione di n. 1 Piano Mirato di Prevenzione delle patologie professionali dell'apparato muscolo-scheletrico	1 Piano Mirato di Prevenzione delle patologie professionali dell'apparato muscolo-scheletrico (50 contr. annui SPESAL)	Report riepilogativo da inviare al Direttore del Dipartimento
11	3	Qualità flussi informativi	M	Flussi informativi trasmessi entro i termini previsti / totale flussi informativi di competenza	100%	Obiettivo certificato dalla Direzione del Dipartimento
12	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture	Giorni consegna alla Direzione del Dipartimento della determina di liquidazione < 15 gg dalla registrazione delle fatture	Data di consegna della determina al Dipartimento di Prevenzione.Certificato dalla Direzione del Dipartimento
13	3	Efficienza Organizzativa	B	Monitoraggio del grado di raggiungimento degli obiettivi di budget	Produzione ed invio entro il 31/07 alla Direzione del Dipartimento di relazione di monitoraggio al 30 giugno di ciascuno degli obiettivi assegnati, con eventuale proposta di rimodulazione ove opportuno	Relazione di monitoraggio, redatta sullo schema della scheda obiettivi operativi, con le motivazioni delle eventuali rimodulazioni
14	3	Efficienza Organizzativa	B	Redazione documento annuale sul raggiungimento degli obiettivi di budget	Produzione ed invio alla Direzione del Dipartimento di relazione annuale al 31 dicembre, di ciascuno degli obiettivi di budget assegnati, entro la data 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 Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI**

**OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023**

DIPARTIMENTO Dipartimento di Prevenzione

UNITA' OPERATIVA UOC D. PREV. - SIAN - Area Metropolitana

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	Promozione della sicurezza alimentare	A	Controlli mirati sull'utilizzo del sale iodato nella ristorazione collettiva e nelle attività di vendita	50 controlli	Report riepilogativo da inviare al Direttore del Dipartimento. Fonte: Registri di attività
2 3	Formazione	M	Formazione di Dirigenti Medici e del personale afferente a diverse professioni sanitarie all'interno di specifici ambiti di interesse nutrizionale	Organizzazione di almeno un evento ECM riguardante la sicurezza nutrizionale	Nella Relazione di fine anno descrivere data, sede, argomento e n. partecipanti
3 3	Formazione	M	Formazione di Dirigenti Medici e Tecnici della Prevenzione	Organizzazione di un corso in materia di prodotti fitosanitari	Obiettivo tra SIAN Metropolitana SIAN Nord e SIAN Sud Nella Relazione di fine anno descrivere data, sede, argomento e n. partecipanti
4 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	Report riepilogativo da inviare al Direttore del Dipartimento. Fonte: Registri di attività
5 1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture	Giorni consegna alla Direzione del Dipartimento della determina di liquidazione < 15 gg dalla registrazione delle fatture	Data di consegna della determina al Dipartimento di Prevenzione. Certificato dalla Direzione del Dipartimento
6 3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione	Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dal Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2022-2024 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
7 3	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
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	Qualità flussi informativi	M	Flussi informativi trasmessi entro i termini previsti / totale flussi informativi di competenza	100%	Obiettivo certificato dalla Direzione del Dipartimento
10 3	Formazione	B	Formazione operatori di settore Alimentare (OSA)	Organizzazione di almeno un Corso per Macroarea riguardante riguardante Celiachia/Allergie alimentari	Nella Relazione di fine anno descrivere data, sede, argomento e n. partecipanti
11 3	Efficienza Organizzativa	B	Monitoraggio del grado di raggiungimento degli obiettivi di budget	Produzione ed invio entro il 31/07 alla Direzione del Dipartimento di relazione di monitoraggio al 30 giugno di ciascuno degli obiettivi assegnati, con eventuale proposta di rimodulazione ove opportuno	Relazione di monitoraggio, redatta sullo schema della scheda obiettivi operativi, con le motivazioni delle eventuali rimodulazioni
12 3	Efficienza Organizzativa	B	Redazione documento annuale sul raggiungimento degli obiettivi di budget	Produzione ed invio alla Direzione del Dipartimento di relazione annuale al 31 dicembre, di ciascuno degli obiettivi di budget assegnati, entro la data richiesta	
13	Promozione della sicurezza alimentare	A	Effettuazione di AUDIT congiunti con SIAV B su ristorazione scolastica e socio assistenziale	Almeno 2 AUDIT	Obiettivo condiviso con SIAV B Metro

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI**

**OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023**

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

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	Promozione della sicurezza alimentare	A	Controlli congiunti con SIAV B su ristorazione scolastica e socio assistenziale	Almeno 2 verifiche	Obiettivo condiviso con SIAV B Nord
2	Promozione della sicurezza alimentare	A	Effettuazione di AUDIT congiunti con SIAV B Nord su ristorazione scolastica e socio assistenziale	Almeno 2 AUDIT	Obiettivo condiviso con SIAV B Nord
3	3 Formazione	M	Formazione di Dirigenti Medici, Veterinari e Tecnici della Prevenzione sulla Listeriosi	Organizzazione di almeno un evento ECM riguardante la sicurezza nutrizionale (Listeriosi)	Obiettivo condiviso tra SIAN Nord, SIAV B Nord e SISP Nord Nella Relazione di fine anno descrivere data, sede, argomento e n. partecipanti
4	3 Formazione	M	Formazione di Dirigenti Medici e Tecnici della Prevenzione	Organizzazione di un corso in materia di prodotti fitosanitari	Obiettivo tra SIAN Metropolitana SIAN Nord e SIAN Sud Nella Relazione di fine anno descrivere data, sede, argomento e n. partecipanti"
5	1 Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture	Giorni consegna alla Direzione del Dipartimento della determina di liquidazione < 15 gg dalla registrazione delle fatture	Data di consegna della determina al Dipartimento di Prevenzione.Certificato dalla Direzione del Dipartimento
6	3 Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione	Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dal Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2022-2024 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
7	3 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
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 Qualità flussi informativi	M	Flussi informativi trasmessi entro i termini previsti / totale flussi informativi di competenza	100%	Obiettivo certificato dalla Direzione del Dipartimento
10	3 Formazione	B	Formazione operatori di settore Alimentare (OSA)	Organizzazione di almeno un Corso per Macroarea riguardante riguardante Celiachia/Allergie alimentari	Nella Relazione di fine anno descrivere data, sede, argomento e n. partecipanti
11	3 Efficienza Organizzativa	B	Monitoraggio del grado di raggiungimento degli obiettivi di budget	Produzione ed invio entro il 31/07 alla Direzione del Dipartimento di relazione di monitoraggio al 30 giugno di ciascuno degli obiettivi assegnati, con eventuale proposta di rimodulazione ove opportuno	Relazione di monitoraggio, redatta sullo schema della scheda obiettivi operativi, con le motivazioni delle eventuali rimodulazioni
12	3 Efficienza Organizzativa	B	Redazione documento annuale sul raggiungimento degli obiettivi di budget	Produzione ed invio alla Direzione del Dipartimento di relazione annuale al 31 dicembre, di ciascuno degli obiettivi di budget assegnati, entro la data 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 Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**



AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023

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

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Formazione	M	Organizzazione di corso formativo/informativo sui temi relativi alla ristorazione scolastica LG regionale e Nazionali, normativa sui CAM, igiene degli alimenti e della nutrizione, presentazione dei dati su studi di sorveglianza, spreco alimentare)	Numero di rappresentanti commissioni mensa/numero totale commissioni mensa > 80%	Obiettivo tra SIAN Metropolitana SIAN Nord e SIAN Sud Nella Relazione di fine anno descrivere data, sede, argomento
2	3	Formazione	M	Formazione di Dirigenti Medici e Tecnici della Prevenzione	Organizzazione di un corso in materia di prodotti fitosanitari	Obiettivo tra SIAN Metropolitana SIAN Nord e SIAN Sud Nella Relazione di fine anno descrivere data, sede, argomento e n. partecipanti"
3	3	Promozione della sicurezza alimentare	A	Controlli congiunti con SIAV B su ristorazione scolastica e socio assistenziale	Almeno 3 verifiche	Obiettivo condiviso con SIAV B Sud
4	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture	Giorni consegna alla Direzione del Dipartimento della determina di liquidazione < 15 gg dalla registrazione delle fatture	Data di consegna della determina al Dipartimento di Prevenzione.Certificato dalla Direzione del Dipartimento
5	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione	Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dal Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2022-2024 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
6	3	Percorso attuativo Certificabilità degli Enti del SSR	M	Trasmissione dei prospetti trimestrali di rendicontazione dei Servizi/Prestazioni erogati dal Dipartimento come da Manuale delle Procedure amministrativo-contabili (pagg.31-33)	Trasmissione di N. 4 Prospetti Trimestrali	Certificato da AGRF
7	3	Qualità flussi informativi	M	Flussi informativi trasmessi entro i termini previsti / totale flussi informativi di competenza	100%	Obiettivo certificato dalla Direzione del Dipartimento
8	3	Formazione	B	Formazione operatori di settore Alimentare (OSA)	Organizzazione di almeno un Corso per Macroarea riguardante riguardante Celiachia/Allergie alimentari	Nella Relazione di fine anno descrivere data, sede, argomento e n. partecipanti
9	3	Promozione della sicurezza alimentare	A	Controlli su attività di deposito produzione e commercializzazione MOCA	Almeno 5 controlli	PRC 2018-2020
10	3	Efficienza Organizzativa	B	Monitoraggio del grado di raggiungimento degli obiettivi di budget	Produzione ed invio entro il 31/07 alla Direzione del Dipartimento di relazione di monitoraggio al 30 giugno di ciascuno degli obiettivi assegnati, con eventuale proposta di rimodulazione ove opportuno	Relazione di monitoraggio, redatta sullo schema della scheda obiettivi operativi, con le motivazioni delle eventuali rimodulazioni
11	3	Efficienza Organizzativa	B	Redazione documento annuale sul raggiungimento degli obiettivi di budget	Produzione ed invio alla Direzione del Dipartimento di relazione annuale al 31 dicembre, di ciascuno degli obiettivi di budget assegnati, entro la data 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 Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023

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

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture	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 PTAPCT 2022-2024 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
3	3	Percorso attuativo Certificabilità degli Enti del SSR	M	Trasmissione prospetti trimestrali di rendicontazione dei Servizi/Prestazioni erogati dal Dip.come da Manuale delle Procedure amministrativo-contabili (pagg.31-33)	Trasmissione di N. 4 Prospetti Trimestrali	Certificato da AGRF
4	3	Efficienza organizzativa	M	Monitoraggio attività libero professionale per la verifica del rispetto del vincolo di non superamento dei volumi di attività istituzionale	Riscontro alle richieste formulate da Macroarea ALPI D3 relative all'invio mensile dei volumi di attività ALPI con la dichiarazione dei volumi mensili di attività istituz.corrispondenti	Allegare Note di riscontro nella Relazione finale
5	3	Efficienza Organizzativa	B	Monitoraggio del grado di raggiungimento degli obiettivi di budget	Produzione ed invio entro il 31/07 alla Direzione del Dipartimento di relazione di monitoraggio al 30 giugno di ciascuno degli obiettivi assegnati, con eventuale proposta di rimodulazione ove opportuno	Relazione di monitoraggio, redatta sullo schema della scheda obiettivi operativi, con le motivazioni delle eventuali rimodulazioni
6	3	Efficienza Organizzativa	B	Redazione documento annuale sul raggiungimento degli obiettivi di budget	Produzione ed invio alla Direzione del Dipartimento di relazione annuale al 31 dicembre, di ciascuno degli obiettivi di budget assegnati, entro la data richiesta	
7	3	Qualità flussi informativi	M	Flussi informativi trasmessi entro i termini previsti / totale flussi informativi di competenza	100%	Obiettivo certificato dalla Direzione del Dipartimento
8	3	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	Controlli sugli allevamenti	M	Gestione e funzionamento anagrafe equidi secondo il sistema I&R e sue finalità. Riallineamento allevamenti equidi della ASLBA Decreto Ministero Salute 30/09/2021	100%	
13	3	Controlli sugli allevamenti	M	Genotipizzazione del EST (Scrapie) per le quote da rimonta degli allevamenti istringiti ai libri genealogici e razze autoctone in via di estinzione, ai fini della salvaguardia del patrimonio genetico ovino	100% delle quote da rimonta degli allevamenti ovini iscritti ai libri genealogici e razze autoctone	
14	3	Controlli sugli allevamenti	M	Monitoraggio, censimento e riallineamento degli allevamenti apistici della ASL BA, presenti in BDN. (Aspetti della L.R. 14/11/2014, n. 45)	100%	
15	3	Controlli sugli allevamenti	A	allevamenti equini controllati / tot. allevamenti equini presenti in anagrafe	≥ 5%	
16	3	Piano regionale finalizzato all'eradicazione della Malattia di Aujeszky	A	allevamenti controllati per Aujeszky / tot.allevamenti suini	100%	

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023

DIPARTIMENTO Dipartimento di Prevenzione

UNITA' OPERATIVA UOC D. PREV. - SIAV-A - Area Nord

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture	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 PTAPCT 2022-2024 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
3	3	Percorso attuativo Certificabilità degli Enti del SSR	M	Trasmissione prospetti trimestrali di rendicontazione dei Servizi/Prestazioni erogati dal Dip.come da Manuale delle Procedure amministrativo-contabili (pagg.31-33)	Trasmissione di N. 4 Prospetti Trimestrali	Certificato da AGRF
4	3	Efficienza organizzativa	M	Monitoraggio attività libero professionale per la verifica del rispetto del vincolo di non superamento dei volumi di attività istituzionale	Riscontro alle richieste formulate da Macroarea ALPI D3 relative all'invio mensile dei volumi di attività ALPI con la dichiarazione dei volumi mensili di attività istituz.corrispondenti	Allegare Note di riscontro nella Relazione finale
5	3	Efficienza Organizzativa	B	Monitoraggio del grado di raggiungimento degli obiettivi di budget	Produzione ed invio entro il 31/07 alla Direzione del Dipartimento di relazione di monitoraggio al 30 giugno di ciascuno degli obiettivi assegnati, con eventuale proposta di rimodulazione ove opportuno	Relazione di monitoraggio, redatta sullo schema della scheda obiettivi operativi, con le motivazioni delle eventuali rimodulazioni
6	3	Efficienza Organizzativa	B	Redazione documento annuale sul raggiungimento degli obiettivi di budget	Produzione ed invio alla Direzione del Dipartimento di relazione annuale al 31 dicembre, di ciascuno degli obiettivi di budget assegnati, entro la data richiesta	
7	3	Qualità flussi informativi	M	Flussi informativi trasmessi entro i termini previsti / totale flussi informativi di competenza	100%	Obiettivo certificato dalla Direzione del Dipartimento
8	3	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	Controlli sugli allevamenti	M	Gestione e funzionamento anagrafe equidi secondo il sistema I&R e sue finalità. Riallineamento allevamenti equidi della ASLBA Decreto Ministero Salute 30/09/2021	100%	
13	3	Controlli sugli allevamenti	M	Genotipizzazione del EST (Scrapie) per le quote da rimonta degli allevamenti istringiti ai libri genealogici e razze autoctone in via di estinzione, ai fini della salvaguardia del patrimonio genetico ovino	100% delle quote da rimonta degli allevamenti ovini iscritti ai libri genealogici e razze autoctone	
14	3	Controlli sugli allevamenti	M	Monitoraggio, censimento e riallineamento degli allevamenti apistici della ASL BA, presenti in BDN. (Aspetti della L.R. 14/11/2014, n. 45)	100%	
15	3	Controlli sugli allevamenti	A	allevamenti equini controllati / tot. allevamenti equini presenti in anagrafe	≥ 5%	
16	3	Piano regionale finalizzato all'eradicazione della Malattia di Aujeszky	A	allevamenti controllati per Aujeszky / tot.allevamenti suini	100%	

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI**

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023

DIPARTIMENTO Dipartimento di Prevenzione

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

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture	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 PTAPCT 2022-2024 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
3	3	Percorso attuativo Certificabilità degli Enti del SSR	M	Trasmissione prospetti trimestrali di rendicontazione dei Servizi/Prestazioni erogati dal Dip.come da Manuale delle Procedure amministrativo-contabili (pagg.31-33)	Trasmissione di N. 4 Prospetti Trimestrali	Certificato da AGRF
4	3	Efficienza organizzativa	M	Monitoraggio attività libero professionale per la verifica del rispetto del vincolo di non superamento dei volumi di attività istituzionale	Riscontro alle richieste formulate da Macroarea ALPI D3 relative all'invio mensile dei volumi di attività ALPI con la dichiarazione dei volumi mensili di attività istituz.corrispondenti	Allegare Note di riscontro nella Relazione finale
5	3	Efficienza Organizzativa	B	Monitoraggio del grado di raggiungimento degli obiettivi di budget	Produzione ed invio entro il 31/07 alla Direzione del Dipartimento di relazione di monitoraggio al 30 giugno di ciascuno degli obiettivi assegnati, con eventuale proposta di rimodulazione ove opportuno	Relazione di monitoraggio, redatta sullo schema della scheda obiettivi operativi, con le motivazioni delle eventuali rimodulazioni
6	3	Efficienza Organizzativa	B	Redazione documento annuale sul raggiungimento degli obiettivi di budget	Produzione ed invio alla Direzione del Dipartimento di relazione annuale al 31 dicembre, di ciascuno degli obiettivi di budget assegnati, entro la data richiesta	
7	3	Qualità flussi informativi	M	Flussi informativi trasmessi entro i termini previsti / totale flussi informativi di competenza	100%	Obiettivo certificato dalla Direzione del Dipartimento
8	3	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	Controlli sugli allevamenti	M	Gestione e funzionamento anagrafe equidi secondo il sistema I&R e sue finalità. Riallineamento allevamenti equidi della ASLBA Decreto Ministero Salute 30/09/2021	100%	
13	3	Controlli sugli allevamenti	M	Genotipizzazione del EST (Scrapie) per le quote da rimonta degli allevamenti istringiti ai libri genealogici e razze autoctone in via di estinzione, ai fini della salvaguardia del patrimonio genetico ovino	100% delle quote da rimonta degli allevamenti ovini iscritti ai libri genealogici e razze autoctone	
14	3	Controlli sugli allevamenti	M	Monitoraggio, censimento e riallineamento degli allevamenti apistici della ASL BA, presenti in BDN. (Aspetti della L.R. 14/11/2014, n. 45)	100%	
15	3	Controlli sugli allevamenti	A	allevamenti equini controllati / tot. allevamenti equini presenti in anagrafe	≥ 5%	
16	3	Piano regionale finalizzato all'eradicazione della Malattia di Aujeszky	A	allevamenti controllati per Aujeszky / tot.allevamenti suini	100%	

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023

DIPARTIMENTO Dipartimento di Prevenzione

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

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Percorso attuativo Certificabilità degli Enti del SSR	M	Trasmissione dei prospetti trimestrali di rendicontazione dei Servizi/Prestazioni erogati dal Dipartimento come da Manuale delle Procedure amministrativo-contabili (pagg.31-33)	Trasmissione di N. 4 Prospetti Trimestrali	Certificato da AGRF
2	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione	Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dal Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2022-2024 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
3	3	Efficienza organizzativa	M	Monitoraggio attività libero professionale per la verifica del rispetto del vincolo di non superamento dei volumi di attività istituzionale	Riscontro alle richieste formulate da Macroarea ALPI D3 relative all'invio mensile dei volumi di attività ALPI con la dichiarazione dei volumi mensili di attività istituz. corrispondenti	Allegare Note di riscontro nella Relazione finale
4	3	Efficienza Organizzativa	B	Monitoraggio del grado di raggiungimento degli obiettivi di budget	Produzione ed invio entro il 31/07 alla Direzione del Dipartimento di relazione di monitoraggio al 30 giugno di ciascuno degli obiettivi assegnati, con eventuale proposta di rimodulazione ove opportuno	Relazione di monitoraggio, redatta sullo schema della scheda obiettivi operativi, con le motivazioni delle eventuali rimodulazioni
5	3	Efficienza Organizzativa	B	Redazione documento annuale sul raggiungimento degli obiettivi di budget	Produzione ed invio alla Direzione del Dipartimento di relazione annuale al 31 dicembre, di ciascuno degli obiettivi di budget assegnati, entro la data richiesta	
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	Potenziamento dei controlli sulla sicurezza alimentare	A	Controllo dei caseifici riconosciuti e registrati	Controllo dell'80% dei caseifici riconosciuti e registrati	utilizzo delle check list SEU predisposte dalla Regione Puglia
8	3	Controllo dell'implementazione delle procedure di servizio	A	Supervisione in campo del personale dirigente e controllo a posteriori dei TDP	Supervisione e controllo sul 50% del personale in servizio	Rif. DGR N° 928/2013
9	3	Potenziamento dei controlli sulla sicurezza alimentare	M	Controllo semestrale dei Centri di imballaggio uova	Controllo semestrale del 100% dei Centri di imballaggio uova	Attività congiunta con UU.OO.CC. SIAV C
10	3	Mantenimento standard adeguati di sicurezza alimentare	M	Revisione ed adeguamento delle analisi del rischio degli stabilimenti riconosciuti CE	Revisione ed adeguamento delle analisi del rischio sul 50% degli stabilimenti riconosciuti CE	
11	3	Potenziamento dei controlli sulla sicurezza alimentare	A	Programmazione ed esecuzione di controlli congiunti con il SIAN sulla ristorazione scolastica e socioassistenziale	Almeno 2 verifiche	Obiettivo condiviso con UOC SIAN
12	3	Potenziamento dei controlli sulla sicurezza alimentare	A	Piano di monitoraggio armonizzato sulla resistenza agli antimicrobici (AMR) dei batteri zoonotici e commensali	100% dei prelievi previsti	ai sensi della Decisione 2013/652/UE
13	3	Promozione della sicurezza alimentare	A	Effettuazione di AUDIT congiunti con SIAN su ristorazione scolastica e socio assistenziale	Almeno 2 AUDIT	Obiettivo condiviso con SIAN

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023

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

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Percorso attuativo Certificabilità degli Enti del SSR	M	Trasmissione dei prospetti trimestrali di rendicontazione dei Servizi/Prestazioni erogati dal Dipartimento come da Manuale delle Procedure amministrativo-contabili (pagg.31-33)	Trasmissione di N. 4 Prospetti Trimestrali	Certificato da AGRF
2	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione	Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dal PAPCT 2022-2024 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
3	3	Efficienza organizzativa	M	Monitoraggio attività libero professionale per la verifica del rispetto del vincolo di non superamento dei volumi di attività istituzionale	Riscontro alle richieste formulate da Macroarea ALPI D3 relative all'invio mensile dei volumi di attività ALPI con la dichiarazione dei volumi mensili di attività istituz.corrispondenti	Allegare Note di riscontro nella Relazione finale
4	3	Efficienza Organizzativa	B	Monitoraggio del grado di raggiungimento degli obiettivi di budget	Produzione ed invio entro il 31/07 alla Direzione del Dipartimento di relazione di monitoraggio al 30 giugno di ciascuno degli obiettivi assegnati, con eventuale proposta di rimodulazione ove opportuno	Relazione di monitoraggio, redatta sullo schema della scheda obiettivi operativi, con le motivazioni delle eventuali rimodulazioni
5	3	Efficienza Organizzativa	B	Redazione documento annuale sul raggiungimento degli obiettivi di budget	Produzione ed invio alla Direzione del Dipartimento di relazione annuale al 31 dicembre, di ciascuno degli obiettivi di budget assegnati, entro la data richiesta	
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	Potenziamento dei controlli sulla sicurezza alimentare	A	Controllo dei caseifici riconosciuti e registrati	100% dei nuovi impianti riconosciuti e/o registrati; 100% degli impianti con attività di esportazione; 20% degli impianti riconosciuti e/o 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	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	
10	3	Potenziamento dei controlli sulla sicurezza alimentare	A	Programmazione ed esecuzione di controlli congiunti con il SIAN sulla ristorazione scolastica e socioassistenziale	Almeno 2 verifiche in Audit	Obiettivo condiviso con UOC SIAN
11	3	Potenziamento dei controlli sulla sicurezza alimentare	A	Piano di monitoraggio armonizzato sulla resistenza agli antimicrobici (AMR) dei batteri zoonotici e commensali	100% dei prelievi previsti	ai sensi della Decisione 2013/652/UE
12	3	Efficienza organizzativa	A	Adeguamento di 9 file per la rendicontazione delle attività soggette a tariffazione del D.Lvo 32/2021 sezioni da 1 a 9 per l'impiego uniforme su tutto il territorio	9 file formato xlsx per la quantificazione delle attività	(c.d. Moduli DGR Puglia 1782 del 05/11/5021)
13	3	Efficienza organizzativa	A	Produzione di linee di indirizzo per l'adeguamento alla realtà locale ed ai prodotti tipici del territorio provinciale, delle procedure di rilascio certificazione export e preexport prodotti a base latte per i Paesi Terzi	Produzione di un documento contenente linee guida e modulistica applicabile	
14	3	Efficienza organizzativa	A	Regolamentazione locale delle linee guida regionali in materia di gestione dei cinghiali oggetto di caccia in relazione alle patologie zoonotiche ed alla ispezione delle carni	Produzione di un documento contenente linee guida e modulistica applicabile	
15	3	Formazione	M	Formazione di Dirigenti Medici, Veterinari e Tecnici della Prevenzione sulla Listeriosi	Organizzazione di almeno un evento ECM riguardante la sicurezza nutrizionale (Listeriosi)	Obiettivo condiviso tra SIAN, SIAV B e SISP Nord.Nella Relazione di fine anno descrivere data, sede, argomento e n. partecipanti

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023

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

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Percorso attuativo Certificabilità degli Enti del SSR	M	Trasmissione dei prospetti trimestrali di rendicontazione dei Servizi/Prestazioni erogati dal Dipartimento come da Manuale delle Procedure amministrativo-contabili (pagg.31-33)	Trasmissione di N. 4 Prospetti Trimestrali	Certificato da AGRF
2	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione	Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dal PAPCT 2022-2024 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
3	3	Efficienza organizzativa	M	Monitoraggio attività libero professionale per la verifica del rispetto del vincolo di non superamento dei volumi di attività istituzionale	Riscontro alle richieste formulate da Macroarea ALPI D3 relative all'invio mensile dei volumi di attività ALPI con la dichiarazione dei volumi mensili di attività istituz. corrispondenti	Allegare Note di riscontro nella Relazione finale
4	3	Efficienza Organizzativa	B	Monitoraggio del grado di raggiungimento degli obiettivi di budget	Produzione ed invio entro il 31/07 alla Direzione del Dipartimento di relazione di monitoraggio al 30 giugno di ciascuno degli obiettivi assegnati, con eventuale proposta di rimodulazione ove opportuno	Relazione di monitoraggio, redatta sullo schema della scheda obiettivi operativi, con le motivazioni delle eventuali rimodulazioni
5	3	Efficienza Organizzativa	B	Redazione documento annuale sul raggiungimento degli obiettivi di budget	Produzione ed invio alla Direzione del Dipartimento di relazione annuale al 31 dicembre, di ciascuno degli obiettivi di budget assegnati, entro la data richiesta	
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	Potenziamento dei controlli sulla sicurezza alimentare	A	Controllo dei caseifici riconosciuti e registrati	100% dei nuovi impianti riconosciuti e/o registrati; 100% degli impianti con attività di esportazione; 33% degli impianti riconosciuti e/o registrati	utilizzo delle check list SEU predisposte dalla Regione Puglia
8	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	
9	3	Potenziamento dei controlli sulla sicurezza alimentare	A	Programmazione ed esecuzione di controlli congiunti con il SIAN sulla ristorazione scolastica e socioassistenziale	Almeno 2 verifiche in Audit	Obiettivo condiviso con UOC SIAN
10	3	Potenziamento dei controlli sulla sicurezza alimentare	A	Piano di monitoraggio armonizzato sulla resistenza agli antimicrobici (AMR) dei batteri zoonotici e commensali	100% dei prelievi previsti	ai sensi della Decisione 2013/652/UE
11	3	Efficienza organizzativa	A	Adeguamento di 9 file per la rendicontazione delle attività soggette a tariffazione del D.Lvo 32/2021 sezioni da 1 a 9 per l'impiego uniforme su tutto il territorio	9 file formato xlsx per la quantificazione delle attività	(c.d. Moduli DGR Puglia 1782 del 05/11/5021)
12	3	Efficienza organizzativa	A	Produzione di linee di indirizzo per l'adeguamento alla realtà locale ed ai prodotti tipici del territorio provinciale, delle procedure di rilascio certificazione export e preexport prodotti a base latte per i Paesi Terzi	Produzione di un documento contenente linee guida e modulistica applicabile	
13	3	Efficienza organizzativa	A	Regolamentazione locale delle linee guida regionali in materia di gestione dei cinghiali oggetto di caccia in relazione alle patologie zoonotiche ed alla ispezione delle carni	Produzione di un documento contenente linee guida e modulistica applicabile	

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo. Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023

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 2022-2024 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
3	3	Efficienza Organizzativa	B	Monitoraggio del grado di raggiungimento degli obiettivi di budget	Produzione ed invio entro il 31/07 alla Direzione del Dipartimento di relazione di monitoraggio al 30 giugno di ciascuno degli obiettivi assegnati, con eventuale proposta di rimodulazione ove opportuno	Relazione di monitoraggio, redatta sullo schema della scheda obiettivi operativi, con le motivazioni delle eventuali rimodulazioni
4	3	Efficienza Organizzativa	B	Redazione documento annuale sul raggiungimento degli obiettivi di budget	Produzione ed invio alla Direzione del Dipartimento di relazione annuale al 31 dicembre, di ciascuno degli obiettivi di budget assegnati, entro la data richiesta	
5	3	Qualità flussi informativi	M	Flussi informativi trasmessi entro i termini previsti / totale flussi informativi di competenza	100%	Obiettivo certificato dalla Direzione del Dipartimento
6	3	Sorveglianza TSE ovini/caprini di età ≥ 18 mesi morti in allevamento	A	prelievi obex/sul totale prelevabile	0.75	Regolamento CE 999/2001
7	3	Potenziamento controlli ufficiali sul benessere animale in allevamento	A	Allevamenti controllabili/Allevamenti controllati	0.33	Indicazioni ministeriali DSGA 13029 del 13/07/2010
8	3	Sorveglianza BSE dei Bovini di età 48 mesi morti in allevamento	A	prelievi obex/sul totale prelevabile	0.75	Regolamento CE 999/2001
9	3	Attuazione Piano Nazionale Alimentazione Animale	A	n. campionamenti PNAA effettuati/numero campionamenti previsti	0.75	PNAA
10	3	Potenziamento controlli ufficiali sull'impiego dei medicinali veterinari	A	n. scorte proprie del veterinario per attività zootriche/ 33% del totale delle scorte proprie del veterinario per attività zootriche	10%	Rif. D.L.vo 193/2006, nota MS DGSAF n.1466-P del 26.01.12.

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**



AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023

DIPARTIMENTO Dipartimento di Prevenzione

UNITA' OPERATIVA UOC D. PREV. - SIAV-C - Area Nord

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Percorso attuativo Certificabilità degli Enti del SSR	M	Trasmissione dei prospetti trimestrali di rendicontazione dei Servizi/Prestazioni erogati dal Dipartimento come da Manuale delle Procedure amministrativo-contabili (pagg.31-33)	Trasmissione di N. 4 Prospetti Trimestrali	Certificato da AGRF
2	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione	Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dal Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2022-2024 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
3	3	Efficienza Organizzativa	B	Monitoraggio del grado di raggiungimento degli obiettivi di budget	Produzione ed invio entro il 31/07 alla Direzione del Dipartimento di relazione di monitoraggio al 30 giugno di ciascuno degli obiettivi assegnati, con eventuale proposta di rimodulazione ove opportuno	Relazione di monitoraggio, redatta sullo schema della scheda obiettivi operativi, con le motivazioni delle eventuali rimodulazioni
4	3	Efficienza Organizzativa	B	Redazione documento annuale sul raggiungimento degli obiettivi di budget	Produzione ed invio alla Direzione del Dipartimento di relazione annuale al 31 dicembre, di ciascuno degli obiettivi di budget assegnati, entro la data richiesta	
5	3	Qualità flussi informativi	M	Flussi informativi trasmessi entro i termini previsti / totale flussi informativi di competenza	100%	Obiettivo certificato dalla Direzione del Dipartimento
6	3	Sorveglianza TSE ovini/caprini di età ≥ 18 mesi morti in allevamento	A	prelievi obex/sul totale prelevabile	0.75	Regolamento CE 999/2001
7	3	Potenziamento controlli ufficiali sul benessere animale in allevamento	A	Allevamenti controllabili/Allevamenti controllati	0.5	Indicazioni ministeriali DSGA 13029 del 13/07/2010
8	3	Sorveglianza BSE dei Bovini di età 48 mesi morti in allevamento	A	prelievi obex/sul totale prelevabile	0.75	Regolamento CE 999/2001
9	3	Potenziamento attività di controllo della sicurezza alimentare	A	N. Az. agricole in regime di condizionalità ispezionate/ N. Az. agricole in regime di condizionalità da ispezionare (su indicazioni di AGEA)	0.5	D.M. n 3536 del 08/02/2016 - Reg CE 1306/2013
10	3	Attuazione Piano Nazionale Alimentazione Animale	A	n. campionamenti effettuati/tot. campionamenti previsti	0.75	PNAA
11	3	Potenziamento attività di controllo della sicurezza alimentare	A	Allevamenti galline ovaiole con annesso centro di imballaggio uova - controlli semestrali/totalità centri di imballaggio	50%	PRIC - PLC
12	3	Attuazione Piano Nazionale Residui	A	n. campionamenti effettuati / tot. campionamenti previsti	0.75	PNR

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023

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

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Percorso attuativo Certificabilità degli Enti del SSR	M	Trasmissione dei prospetti trimestrali di rendicontazione dei Servizi/Prestazioni erogati dal Dipartimento come da Manuale delle Procedure amministrativo-contabili (pagg.31-33)	Trasmissione di N. 4 Prospetti Trimestrali	Certificato da AGRF
2	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione	Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dal Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2022-2024 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
3	3	Efficienza Organizzativa	B	Monitoraggio del grado di raggiungimento degli obiettivi di budget	Produzione ed invio entro il 31/07 alla Direzione del Dipartimento di relazione di monitoraggio al 30 giugno di ciascuno degli obiettivi assegnati, con eventuale proposta di rimodulazione ove opportuno	Relazione di monitoraggio, redatta sullo schema della scheda obiettivi operativi, con le motivazioni delle eventuali rimodulazioni
4	3	Efficienza Organizzativa	B	Redazione documento annuale sul raggiungimento degli obiettivi di budget	Produzione ed invio alla Direzione del Dipartimento di relazione annuale al 31 dicembre, di ciascuno degli obiettivi di budget assegnati, entro la data richiesta	
5	3	Qualità flussi informativi	M	Flussi informativi trasmessi entro i termini previsti / totale flussi informativi di competenza	100%	Obiettivo certificato dalla Direzione del Dipartimento
6	3	Sorveglianza TSE ovini/caprini di età ≥ 18 mesi morti in allevamento	A	prelievi obex/sul totale prelevabile	0.75	Regolamento CE 999/2001
7	3	Potenziamento del controllo ufficiale sui mangimifici e determinazione del profilo di rischio dello stabilimento	A	mangimifici controllati/totale mangimifici in anagrafica aggiornata	0.25	
8	3	Sorveglianza BSE dei Bovini di età 48 mesi morti in allevamento	A	prelievi obex/sul totale prelevabile	0.75	Regolamento CE 999/2001
9	3	Potenziamento attività di controllo della sicurezza alimentare	A	N. Az. agricole in regime di condizionalità ispezionate/ N. Az. agricole in regime di condizionalità da ispezionare (su indicazioni di AGEA)	0.75	D.M. n 3536 del 08/02/2016 - Reg CE 1306/2013
10	3	Attuazione Piano Nazionale Alimentazione Animale	A	n. campionamenti effettuati/tot. campionamenti previsti	0.75	PNAA
11	3	Potenziamento attività di controllo della sicurezza alimentare	A	Allevamenti galline ovaiole con annesso centro di imballaggio uova - controlli semestrali/totalità centri di imballaggio	0.75	PRIC - PLC
12	3	Attuazione Piano Nazionale Residui	A	n. campionamenti effettuati / tot. campionamenti previsti	0.75	PNR
13	3	Potenziamento C.U. sui depositi di farmaci veterinari	A	Depositi controllati/totale depositi	0.25	
14	3	Certificazione animali morti	A	Controlli su invio a smaltimento degli animali morti	Controlli sul 100% degli animali morti	
15	3	Controllo scorte farmaci in allevamento	A	Allevamenti controllati per la corretta gestione delle scorte di medicinali □ / N. totale allevamenti	20%	

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera équipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera équipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo. Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023

DIPARTIMENTO Dipartimento di Prevenzione  
 UNITA' OPERATIVA UOSVD D. PREV. - Randagismo

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture	Giorni consegna alla Direzione del Dipartimento della determina di liquidazione < 15 gg dalla registrazione delle fatture	Data di consegna della determina al Dipartimento di Prevenzione.Certificato dalla Direzione del Dipartimento
2	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione	Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dal Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2022-2024 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
3	3	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 di budget	Produzione ed invio entro il 31/07 alla Direzione del Dipartimento di relazione di monitoraggio al 30 giugno di ciascuno degli obiettivi assegnati, con eventuale proposta di rimodulazione ove opportuno	Relazione di monitoraggio, redatta sullo schema della scheda obiettivi operativi, con le motivazioni delle eventuali rimodulazioni
5	3	Efficienza Organizzativa	B	Redazione documento annuale sul raggiungimento degli obiettivi di budget	Produzione ed invio alla Direzione del Dipartimento di relazione annuale al 31 dicembre, di ciascuno degli obiettivi di budget assegnati, entro la data richiesta	
6	3	Qualità flussi informativi	M	Flussi informativi trasmessi entro i termini previsti / totale flussi informativi di competenza	100%	Obiettivo certificato dalla Direzione del Dipartimento
7	3	Controllo e contenimento randagismo	A	Cani randagi catturati identificati ed iscritti Anagrafe Canina Regionale / cani randagi catturati	100%	
8	3	Controllo e contenimento randagismo	A	Iscrizione in BDR sistemaSIRAAF di tutte le Colonie feline conosciute	100%	
9		Efficienza Organizzativa	M	Redazione protocollo operativo concordato con UU.OO.CC. SIAV A Area Metropolitana, Nord, Sud e UOSVD Randagismo per la disciplina azioni da svolgere congiuntamente o di esclusiva competenza della UOSVD	Invio del protocollo alla Direzione del Dipartimento	Allegare alla Relazione finale la documentazione relativa all'invio del Protocollo

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI**

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023

DIPARTIMENTO Dipartimento di Prevenzione

UNITA' OPERATIVA UOSVD Screening Mammario-Radiodiagnostica Senologica

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Formazione	M	Organizzazione di Congresso Nazionale GISMA	Organizzazione evento	Nella Relazione finale descrivere data e sede
2	3 2	Miglioramento della qualità assistenziale	A	Screening Carcinoma della mammella: Percentuale di adesione della popolazione bersaglio	60% della popolazione bersaglio	Subordinato all' assunzione delle figure dei Tecnici Sanitari di Radiologia Medica dedicati allo screening mammografico e all'andamento della pandemia da Covid 19
3	3	Miglioramento della qualità assistenziale	A	Tempi medi di esecuzione di esame di II livello avanzato	Tempo medio annuo non superiore a 30 giorni	
4	3	Efficienza Organizzativa	B	Monitoraggio del grado di raggiungimento degli obiettivi di budget	Produzione ed invio entro il 31/07 alla Direzione del Dipartimento di relazione di monitoraggio al 30 giugno di ciascuno degli obiettivi assegnati, con eventuale proposta di rimodulazione ove opportuno	Relazione di monitoraggio, redatta sullo schema della scheda obiettivi operativi, con le motivazioni delle eventuali rimodulazioni
5	3	Efficienza Organizzativa	B	Redazione documento annuale sul raggiungimento degli obiettivi di budget	Produzione ed invio alla Direzione del Dipartimento di relazione annuale al 31 dicembre, di ciascuno degli obiettivi di budget assegnati, entro la data 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 Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI**

**OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023**

DIPARTIMENTO Dipartimento di Prevenzione

UNITA' OPERATIVA **UOSVD Screening Colon Retto-Endoscopia Digestiva**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Clinical governance	A	Screening Carcinoma del Carcinoma del Colon-Retto: potenziamento dell'attività di II livello	Esami endoscopici 2023 = 2022 + 20%	
2	3	Clinical governance	A	Incremento dei punti di offerta diagnostico-operativa per lo screening	Arruolamento di un ulteriore Centro	Previa valutazione dei requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi.
3	3	Formazione	B	Organizzazione di evento formativo aziendale rivolto ai MMG e Farmacisti	Un evento	Nella Relazione finale descrivere data, sede, n. partecipanti
4	3	Efficienza Organizzativa	B	Monitoraggio del grado di raggiungimento degli obiettivi di budget	Produzione ed invio entro il 31/07 alla Direzione del Dipartimento di relazione di monitoraggio al 30 giugno di ciascuno degli obiettivi assegnati, con eventuale proposta di rimodulazione ove opportuno	Relazione di monitoraggio, redatta sullo schema della scheda obiettivi operativi, con le motivazioni delle eventuali rimodulazioni
5	3	Efficienza Organizzativa	B	Redazione documento annuale sul raggiungimento degli obiettivi di budget	Produzione ed invio alla Direzione del Dipartimento di relazione annuale al 31 dicembre, di ciascuno degli obiettivi di budget assegnati, entro la data 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 Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI**

**OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023**

DIPARTIMENTO Dipartimento di Prevenzione

UNITA' OPERATIVA UOSVD Screening Cervice Uterina

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3 2	Miglioramento della qualità assistenziale	A	Screening Carcinoma della cervice uterina: Percentuale di adesione della popolazione bersaglio	Almeno il 42% della popolazione bersaglio	Obiettivo condiviso tra UOSVD Screening Cervice Uterina e Distretti. Subordinato alla integrazione della dotazione organica e agli adeguamenti strutturali dei Consultori
2	3	Clinical governance	A	Screening Carcinoma della cervice uterina: potenziamento dell'attività di II livello	Almeno 2500 Colposcopie	
3	3	Formazione	M	Organizzazione Congresso sullo Screening Cervice	Organizzazione N. 1 evento	Nella Relazione finale descrivere data e sede
4	3 2	Miglioramento della qualità assistenziale	A	Completamento della Rete di II Livello - Attivazione Centro di Santeramo in Colle	Attivazione entro il 31/12/2023	
5	3	Efficienza Organizzativa	B	Monitoraggio del grado di raggiungimento degli obiettivi di budget	Produzione ed invio entro il 31/07 alla Direzione del Dipartimento di relazione di monitoraggio al 30 giugno di ciascuno degli obiettivi assegnati, con eventuale proposta di rimodulazione ove opportuno	Relazione di monitoraggio, redatta sullo schema della scheda obiettivi operativi, con le motivazioni delle eventuali rimodulazioni
6	3	Efficienza Organizzativa	B	Redazione documento annuale sul raggiungimento degli obiettivi di budget	Produzione ed invio alla Direzione del Dipartimento di relazione annuale al 31 dicembre, di ciascuno degli obiettivi di budget assegnati, entro la data 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 Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023

DIPARTIMENTO Dipartimento di Prevenzione

UNITA' OPERATIVA UOSVD D. PREV. - Igiene Industriale

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Piano Regionale della Prevenzione 2021 – 2025 PP8	A	Controlli su sostanze e miscele classificate cancerogene su iniziativa dello SPESAL Area Metropolitana	N. 25 controlli	Report riepilogativo da inviare al Coordinatore Provinciale SPESAL - Fonte: Registri di attività
2	3	Piano Regionale della Prevenzione 2021 – 2025 PP9	A	Controlli in materia di sicurezza chimica trasversali agli ambienti di vita e di lavoro, e su prodotti immessi sul mercato. Realizzazione annuale del Programma regionale di controllo REACH e CLP	N. 25 controlli	Report riepilogativo da inviare al Coordinatore Provinciale SPESAL - Fonte: Registri di attività
3	3	Formazione	B	Organizzazione evento formativo ECM in ambito della sicurezza chimica rivolto a operatori dei Dipartimenti di Prevenzione	N. 1 Evento	Nella Relazione di fine anno descrivere data, sede, argomento e n. partecipanti
4	3	Formazione	B	Organizzazione evento formativo ECM in ambito della sicurezza chimica rivolto a operatori addetti alle attività di tatuaggio e trucco permanente	N. 1 Evento	Nella Relazione di fine anno descrivere data, sede, argomento e n. partecipanti
5	3	Salute e sicurezza nei luoghi di lavoro	A	Misurazione agenti fisici in ambienti di vita e di lavoro	N. 5 campionamenti di agenti fisici	Report riepilogativo da inviare al Direttore del Dipartimento. Fonte: Registri di attività
6	3	Efficienza Organizzativa	B	Monitoraggio del grado di raggiungimento degli obiettivi di budget	Invio entro il 31/07 alla Direzione del Dipartimento di relazione di monitoraggio al 30/06 di ciascuno degli obiettivi assegnati, con eventuale proposta di rimodulazione	Relazione di monitoraggio, redatta sullo schema della scheda obiettivi operativi, con le motivazioni delle eventuali rimodulazioni
7	3	Efficienza Organizzativa	B	Redazione documento annuale sul raggiungimento degli obiettivi di budget	Invio alla Direzione del Dipartimento di relazione annuale al 31/12, di ciascuno degli obiettivi di budget assegnati, entro la data 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 Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023

DIPARTIMENTO Dipartimento di Prevenzione

UNITA' OPERATIVA UOSVD D. PREV. - Sezione Provinciale COMIMP

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Qualità flussi informativi	M	Modello FLS 18 Assistenza Sanitaria Collettiva: Flussi informativi trasmessi entro i termini previsti/totale flussi informativi di competenza	100%	
2	3	Qualità flussi informativi	B	Scheda nazionale A Rilevazione attività: Flussi informativi trasmessi entro i termini previsti/totale flussi informativi di competenza	100%	
3	3	Qualità flussi informativi	A	Scheda nazionale B Rilevazione attività: Flussi informativi trasmessi entro i termini previsti/totale flussi informativi di competenza	100%	
4	3	Qualità flussi informativi	A	Flussi informativi trasmessi entro i termini previsti/totale flussi informativi di competenza	Trasmissione 4 rendicontazioni periodiche trimestrali	Obiettivo certificato dalla Direzione del Dipartimento
5	3	Efficienza Organizzativa	B	Monitoraggio del grado di raggiungimento degli obiettivi di budget	Invio entro il 31/07 alla Direzione del Dipartimento di relazione di monitoraggio al 30/06 di ciascuno degli obiettivi assegnati, con eventuale proposta di rimodulazione	Relazione di monitoraggio, redatta sullo schema della scheda obiettivi operativi, con le motivazioni delle eventuali rimodulazioni
6	3	Efficienza Organizzativa	B	Redazione documento annuale sul raggiungimento degli obiettivi di budget	Invio alla Direzione del Dipartimento di relazione annuale al 31/12, di ciascuno degli obiettivi di budget assegnati, entro la data 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 Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**



**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI**

**OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023**

DIPARTIMENTO Dipartimento di Area Chirurgica  
 UNITA' OPERATIVA **UOC Chirurgia Generale Osp. San Paolo**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Indice Chirurgico	> 85%	Al netto dei Ricoveri da P.S.
2 # 3	Clinical governance	M	Degenza Media Pre Operatoria	≤ 1.5 gg.	Su ricoveri programmati
3 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 4%	
4 # 3	Clinical governance	M	Percentuale Colectomie Laparoscopiche con D.M. postop. <3gg	≥ 70%	
5 # 1 2	Sanità digitale	M	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
6 # 3	Clinical governance	M	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 4 per la prevenzione del suicidio di paziente in ospedale	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI**

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023

DIPARTIMENTO Dipartimento di Area Chirurgica

UNITA' OPERATIVA **UOSVD Chirurgia Plastica e Ricostruttiva Osp. San Paolo**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Indice Chirurgico	> 85%	Al netto dei Ricoveri da P.S.
2 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
3 # 1 2	Sanità digitale	M	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
4 3	Miglioramento della qualità assistenziale	A	Indice di Ricostruzione immediata post-Mastectomia (età ≤ 55 aa)	≥ 10% delle pazienti	Obiettivo condiviso con UU.OO. della BU (Chir. Plastica, Chir. Senologica)
5 3	Clinical governance	M	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 4 per la prevenzione del suicidio di paziente in ospedale	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI**

**OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023**

DIPARTIMENTO Dipartimento di Area Chirurgica  
 UNITA' OPERATIVA **UOSVD Chirurgia Senologica Osp. San Paolo**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Indice Chirurgico	> 85%	Al netto dei Ricoveri da P.S.
2 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
3 # 1 2	Sanità digitale	M	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
4 3	Miglioramento della qualità assistenziale	A	Indice di Ricostruzione immediata post-Mastectomia (età ≤ 55 aa)	≥ 10% delle pazienti	obiettivo condiviso con UU.OO. della BU (Chir. Plastica, Chir. Senologica)
5 3	Miglioramento della qualità assistenziale	A	Inizio terapia medica oncologica dalla data della diagnosi conclusiva discussa in MMD	Entro 30 giorni dalla diagnosi conclusiva discussa in MMD	Obiettivo condiviso tra Chir. Senologica e Oncologia
6 3	Clinical governance	M	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 4 per la prevenzione del suicidio di paziente in ospedale	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
7 3	Miglioramento della qualità assistenziale	A	Intervento chirurgico dopo chemioterapia neoadiuvante entro 30 giorni dall'ultimo ciclo di terapia	≥ 80% delle pazienti	Obiettivo condiviso tra Chir. Senologica e Oncologia
8 3	Miglioramento della qualità assistenziale	A	Percentuale di pazienti avviate a chemioterapia neoadiuvante dopo discussione in MMD	≤ 20% dei casi totali	Obiettivo condiviso tra Chir. Senologica e Oncologia

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI**

**OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023**

DIPARTIMENTO Dipartimento di Area Chirurgica

UNITA' OPERATIVA **UOSVD Day Service Polispecialistico Chirurgico PPA Terlizzi**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 1	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					
2 # 1	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	> 500	
2					
3 # 1	Efficienza organizzativa	A	Fatturato prestazioni ambulatoriali esterne	Fatturato prestazioni ambulatoriali esterne 2023 > 2022	
3					

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI**

**OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023**

DIPARTIMENTO Dipartimento di Area Chirurgica  
 UNITA' OPERATIVA **UOC Chirurgia Generale Osp. Di Venere**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Indice Chirurgico	> 85%	Al netto dei Ricoveri da P.S.
2 # 3	Clinical governance	M	Degenza Media Pre Operatoria	≤ 1.5 gg.	Su ricoveri programmati
3 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 4%	
4 # 3	Clinical governance	M	Percentuale Colectomie Laparoscopiche con D.M. postop. <3gg	≥ 70%	
5 # 1 2	Sanità digitale	M	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
6 # 3	Clinical governance	M	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 4 per la prevenzione del suicidio di paziente in ospedale	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
7 # 3 4	Clinical governance	A	Percentuale di interventi chirurgia colo-rettale in laparoscopia	>50%	

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023

DIPARTIMENTO Dipartimento di Area Chirurgica  
 UNITA' OPERATIVA UOC Chirurgia Generale Osp. della Murgia

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Indice Chirurgico	> 85%	Al netto dei Ricoveri da P.S.
2 # 3	Clinical governance	M	Degenza Media Pre Operatoria	≤ 1.5 gg.	Su ricoveri programmati
3 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 4%	
4 # 3	Clinical governance	M	Percentuale Colectomie Laparoscopiche con D.M. postop. <3gg	≥ 70%	
5 # 1 2	Sanità digitale	M	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
6 # 3	Clinical governance	M	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 4 per la prevenzione del suicidio di paziente in ospedale	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023

DIPARTIMENTO Dipartimento di Area Chirurgica

UNITA' OPERATIVA UOC Chirurgia Generale Osp. Monopoli

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Indice Chirurgico	> 85%	Al netto dei Ricoveri da P.S.
2 # 3	Clinical governance	M	Degenza Media Pre Operatoria	≤ 1.5 gg.	Su ricoveri programmati
3 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 4%	
4 # 3	Clinical governance	M	Percentuale Colectomie Laparoscopiche con D.M. postop. <3gg	≥ 70%	
5 # 1 2	Sanità digitale	M	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
6 # 3	Clinical governance	M	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 4 per la prevenzione del suicidio di paziente in ospedale	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023

DIPARTIMENTO Dipartimento di Area Chirurgica  
 UNITA' OPERATIVA UOC Chirurgia Generale Osp. Putignano

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Indice Chirurgico	> 85%	Al netto dei Ricoveri da P.S.
2 # 3	Clinical governance	M	Degenza Media Pre Operatoria	≤ 1.5 gg.	Su ricoveri programmati
3 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 4%	
4 # 3	Clinical governance	M	Percentuale Colectomie Laparoscopiche con D.M. postop. <3gg	≥ 70%	
5 # 1 2	Sanità digitale	M	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
6 # 3	Clinical governance	M	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 4 per la prevenzione del suicidio di paziente in ospedale	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**



AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023

DIPARTIMENTO Dipartimento di Area Chirurgica

UNITA' OPERATIVA UOC Chirurgia Generale Osp. Corato e UOS Chirurgia Generale Osp. Molfetta

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Indice Chirurgico	> 85%	Al netto dei Ricoveri da P.S.
2 # 3	Clinical governance	M	Degenza Media Pre Operatoria	≤ 1.5 gg.	Su ricoveri programmati
3 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 4%	
4 # 3	Clinical governance	M	Percentuale Colectomie Laparoscopiche con D.M. postop. <3gg	≥ 70%	
5 # 1 2	Sanità digitale	M	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
6 # 3	Clinical governance	M	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 4 per la prevenzione del suicidio di paziente in ospedale	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI**

**OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023**

DIPARTIMENTO Dipartimento Nefrourologico

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

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Degenza Media	≤ 8.5 gg.	
2 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 4%	
3 # 1 2	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	> 4000	
4 # 2	Integrazione Ospedale-Territorio	M	Immissione di nuovi pazienti in dialisi peritoneale	Almeno un nuovo paziente	
5 # 1	Razionalizzazione della spesa farmaceutica	A	% Piani terapeutici con prescrizione di farmaco biosimilare nel rispetto delle Delibere e Circolari Regionali	> 90% delle nuove prescrizioni	es.: DD.G.R.n.699/2017, n.983/2018, n.1188/2019
6 # 3 2	Clinical governance	M	Implementazione e/o potenziamento attività di Day Service nefrologici autorizzati dalla Regione Puglia (es. PAC 26, 27, 28, 29, 73; PCB 26)	Almeno 10 N. Day Service	
7 # 3	Clinical governance	M	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 4 per la prevenzione del suicidio di paziente in ospedale	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023

DIPARTIMENTO Dipartimento Nefrourologico

UNITA' OPERATIVA UOC Urologia Osp. Molfetta

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Indice Chirurgico	> 85%	Al netto dei Ricoveri da P.S.
2 # 3	Clinical governance	M	Degenza Media Pre Operatoria	≤ 1.5 gg.	Su ricoveri programmati
3 # 3	Clinical governance	M	Rapporto tra ricoveri con DRG a rischio di inappropriatelyzza e ricoveri con DRG non a rischio inappropriatelyzza in regime ordinario	≤ 0,21	0,21 = intervallo di adeguatezza Comitato LEA
4 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
5 # 1 2	Sanità digitale	M	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
6 3	Clinical governance	A	Attività chirurgica per ipertrofia prostatica benigna: N. ricoveri ordinari	DRG 336/337 (prostatectomia transuretrale per ipertrofia prostatica benigna): almeno 40 ricoveri	
7 3	Clinical governance	M	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 4 per la prevenzione del suicidio di paziente in ospedale	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI**

**OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023**

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 2	Clinical governance	M	Implementazione e/o potenziamento attività di Day Service nefrologici autorizzati dalla Regione Puglia (es. PAC 26, 27, 28, 29, 73; PCB 26)	Almeno 10 Day Service	
7 3	Clinical governance	M	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 4 per la prevenzione del suicidio di paziente in ospedale	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI**

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023

DIPARTIMENTO Dipartimento Nefrourologico

UNITA' OPERATIVA UOC Urologia Osp. Di Venere

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Indice Chirurgico	> 85%	Al netto dei Ricoveri da P.S.
2 # 3	Clinical governance	M	Degenza Media Pre Operatoria	≤ 1.5 gg.	Su ricoveri programmati
3 # 3	Clinical governance	M	Rapporto tra ricoveri con DRG a rischio di inappropriatelyzza e ricoveri con DRG non a rischio inappropriatelyzza in regime ordinario	≤ 0,21	0,21 = intervallo di adeguatezza Comitato LEA
4 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
5 # 1 2	Sanità digitale	M	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
6 # 3	Clinical governance	A	Attività chirurgica per ipertrofia prostatica benigna: N. ricoveri ordinari	DRG 336/337 (prostatectomia transuretrale per ipertrofia prostatica benigna): almeno 50 ricoveri	
7 # 3	Clinical governance	M	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 4 per la prevenzione del suicidio di paziente in ospedale	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI**

**OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023**

DIPARTIMENTO Dipartimento Nefrourologico

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

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Degenza Media	≤ 8.5 gg.	
2 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 4%	
3 # 1	Sanità digitale	M	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
4 2	Integrazione Ospedale-Territorio	M	Immissione di nuovi pazienti in dialisi peritoneale	Almeno un nuovo paziente	
5 # 1	Razionalizzazione della spesa farmaceutica	A	% Piani terapeutici con prescrizione di farmaco biosimilare nel rispetto delle Delibere e Circolari Regionali	> 90% delle nuove prescrizioni	es.: DD.G.R.n.699/2017, n.983/2018, n.1188/2019
6 3	Clinical governance	M	Implementazione e/o potenziamento attività di Day Service nefrologici autorizzati dalla Regione Puglia (es. PAC 26, 27, 28, 29, 73; PCB 26)	Almeno 10 Day Service	
7 3	Clinical governance	M	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 4 per la prevenzione del suicidio di paziente in ospedale	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI**

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023

DIPARTIMENTO Dipartimento Nefrourologico

UNITA' OPERATIVA UOC Urologia Osp. della Murgia

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Indice Chirurgico	> 85%	Al netto dei Ricoveri da P.S.
2 # 3	Clinical governance	M	Degenza Media Pre Operatoria	≤ 1.5 gg.	Su ricoveri programmati
3 # 3	Clinical governance	M	Rapporto tra ricoveri con DRG a rischio di inappropriatezza e ricoveri con DRG non a rischio inappropriatezza in regime ordinario	≤ 0,21	0,21 = intervallo di adeguatezza Comitato LEA
4 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
5 # 1 2	Sanità digitale	M	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
6 3	Clinical governance	A	Attività chirurgica per ipertrofia prostatica benigna: N. ricoveri ordinari	DRG 336/337 (prostatectomia transuretrale per ipertrofia prostatica benigna): almeno 40 ricoveri	
7 3	Clinical governance	M	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 4 per la prevenzione del suicidio di paziente in ospedale	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI**

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023

DIPARTIMENTO Dipartimento Nefrourologico

UNITA' OPERATIVA UOSVD Urologia Osp. Monopoli

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Indice Chirurgico	> 85%	Al netto dei Ricoveri da P.S.
2 # 3	Clinical governance	M	Degenza Media Pre Operatoria	≤ 1.5 gg.	Su ricoveri programmati
3 # 3	Clinical governance	M	Rapporto tra ricoveri con DRG a rischio di inappropriately e ricoveri con DRG non a rischio inappropriately in regime ordinario	≤ 0,21	0,21 = intervallo di adeguatezza Comitato LEA
4 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
5 # 1	Sanità digitale	M	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
6 # 3	Clinical governance	A	Attività chirurgica per ipertrofia prostatica benigna: N. ricoveri ordinari	DRG 336/337 (prostatectomia transuretrale per ipertrofia prostatica benigna): almeno 40 ricoveri	
7 # 3	Clinical governance	M	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 4 per la prevenzione del suicidio di paziente in ospedale	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**



**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI**

**OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023**

DIPARTIMENTO Dipartimento Nefrourologico

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

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Degenza Media	≤ 8.5 gg.	
2 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 4%	
3 # 1 2	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	> 4000	
4 # 1 2	Sanità digitale	M	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
5 2	Integrazione Ospedale-Territorio	M	Immissione di nuovi pazienti in dialisi peritoneale	Almeno un nuovo paziente	
6 # 1	Razionalizzazione della spesa farmaceutica	A	% Piani terapeutici con prescrizione di farmaco biosimilare nel rispetto delle Delibere e Circolari Regionali	> 90% delle nuove prescrizioni	es.: DD.G.R.n.699/2017, n.983/2018, n.1188/2019
7 3 2	Clinical governance	M	Implementazione e/o potenziamento attività di Day Service nefrologici autorizzati dalla Regione Puglia (es. PAC 26, 27, 28, 29, 73; PCB 26)	Almeno 10 Day Service	
8 3	Clinical governance	M	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 4 per la prevenzione del suicidio di paziente in ospedale	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023

DIPARTIMENTO Dipartimento di Ortopedia  
 UNITA' OPERATIVA UOC Ortopedia e Traumatologia Osp. San Paolo

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Indice Chirurgico	> 85%	Al netto dei Ricoveri da P.S.
2 # 3	Clinical governance	M	Degenza Media Pre Operatoria	≤ 1.5 gg.	Su ricoveri programmati
3 # 3	Clinical governance	M	Rapporto tra ricoveri con DRG a rischio di inapproprietezza e ricoveri con DRG non a rischio inapproprietezza in regime ordinario	≤ 0,21	0,21 = intervallo di adeguatezza Comitato LEA
4 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
5 # 3	Clinical governance	A	% Pazienti con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 48 ore dal ricovero in regime ordinario in pazienti > 65 anni	> 80%	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Ortopedia e le UU.OO. di Anestesia e Rianimazione
6 # 1	Sanità digitale	M	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
7 3	Clinical governance	M	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 4 per la prevenzione del suicidio di paziente in ospedale	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
8 3	Miglioramento della qualità assistenziale	A	Apertura di ambulatori specialistici per la patologia del piede e per la patologia protesica di anca e ginocchio	Almeno 3 ambulatori pecialistici per la patologia del piede e 3 per la patologia protesica di anca e ginocchio nella ASL BA	Obiettivo dipartimentale

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI**

**OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023**

DIPARTIMENTO Dipartimento di Ortopedia

UNITA' OPERATIVA **UOC Ortopedia e Traumatologia Osp. Molfetta e UOS Ortopedia e Traumatologia Osp. Corato**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Indice Chirurgico	> 85%	Al netto dei Ricoveri da P.S.
2 # 3	Clinical governance	M	Degenza Media Pre Operatoria	≤ 1.5 gg.	Su ricoveri programmati
3 # 3	Clinical governance	M	Rapporto tra ricoveri con DRG a rischio di inappropriately e ricoveri con DRG non a rischio inappropriately in regime ordinario	≤ 0,21	0,21 = intervallo di adeguatezza Comitato LEA
4 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
5 # 3	Clinical governance	A	% Pazienti con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 48 ore dal ricovero in regime ordinario in pazienti > 65 anni	> 80%	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Ortopedia e le UU.OO. di Anestesia e Rianimazione
6 # 1	Sanità digitale	M	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
7 3	Clinical governance	M	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 4 per la prevenzione del suicidio di paziente in ospedale	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
8 3	Miglioramento della qualità assistenziale	A	Apertura di ambulatori specialistici per la patologia del piede e per la patologia protesica di anca e ginocchio	Almeno 3 ambulatori specialistici per la patologia del piede e 3 per la patologia protesica di anca e ginocchio nella ASL BA	Obiettivo dipartimentale

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023

DIPARTIMENTO Dipartimento di Ortopedia

UNITA' OPERATIVA UOC Ortopedia e Traumatologia Osp. Di Venere

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Indice Chirurgico	> 85%	Al netto dei Ricoveri da P.S.
2 # 3	Clinical governance	M	Degenza Media Pre Operatoria	≤ 1.5 gg.	Su ricoveri programmati
3 # 3	Clinical governance	M	Rapporto tra ricoveri con DRG a rischio di inapproprietezza e ricoveri con DRG non a rischio inapproprietezza in regime ordinario	≤ 0,21	0,21 = intervallo di adeguatezza Comitato LEA
4 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
5 # 3 4	Clinical governance	A	% Pazienti con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 48 ore dal ricovero in regime ordinario in pazienti > 65 anni	> 80%	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Ortopedia e le UU.OO. di Anestesia e Rianimazione
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	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 4 per la prevenzione del suicidio di paziente in ospedale	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
8 3 2	Miglioramento della qualità assistenziale	A	Apertura di ambulatori specialistici per la patologia del piede e per la patologia protesica di anca e ginocchio	Almeno 3 ambulatori pecialistici per la patologia del piede e 3 per la patologia protesica di anca e ginocchio nella ASL BA	Obiettivo dipartimentale

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023

DIPARTIMENTO Dipartimento di Ortopedia

UNITA' OPERATIVA UOC Ortopedia e Traumatologia Osp. della Murgia

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Indice Chirurgico	> 85%	Al netto dei Ricoveri da P.S.
2 # 3	Clinical governance	M	Degenza Media Pre Operatoria	≤ 1.5 gg.	Su ricoveri programmati
3 # 3	Clinical governance	M	Rapporto tra ricoveri con DRG a rischio di inapproprietezza e ricoveri con DRG non a rischio inapproprietezza in regime ordinario	≤ 0,21	0,21 = intervallo di adeguatezza Comitato LEA
4 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
5 # 3 4	Clinical governance	A	% Pazienti con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 48 ore dal ricovero in regime ordinario in pazienti > 65 anni	> 80%	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Ortopedia e le UU.OO. di Anestesia e Rianimazione
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	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 4 per la prevenzione del suicidio di paziente in ospedale	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
8 3 2	Miglioramento della qualità assistenziale	A	Apertura di ambulatori specialistici per la patologia del piede e per la patologia protesica di anca e ginocchio	Almeno 3 ambulatori pecialistici per la patologia del piede e 3 per la patologia protesica di anca e ginocchio nella ASL BA	Obiettivo dipartimentale

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023

DIPARTIMENTO Dipartimento di Ortopedia

UNITA' OPERATIVA UOC Ortopedia e Traumatologia Osp. Monopoli e UOS Ortopedia e Traumatologia Osp. Putignano

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Indice Chirurgico	> 85%	Al netto dei Ricoveri da P.S.
2 # 3	Clinical governance	M	Degenza Media Pre Operatoria	≤ 1.5 gg.	Su ricoveri programmati
3 # 3	Clinical governance	M	Rapporto tra ricoveri con DRG a rischio di inappropriately e ricoveri con DRG non a rischio inappropriately in regime ordinario	≤ 0,21	0,21 = intervallo di adeguatezza Comitato LEA
4 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
5 # 3 4	Clinical governance	A	% Pazienti con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 48 ore dal ricovero in regime ordinario in pazienti > 65 anni	> 80%	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Ortopedia e le UU.OO. di Anestesia e Rianimazione
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	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 4 per la prevenzione del suicidio di paziente in ospedale	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
8 3 2	Miglioramento della qualità assistenziale	A	Apertura di ambulatori specialistici per la patologia del piede e per la patologia protesica di anca e ginocchio	Almeno 3 ambulatori specialistici per la patologia del piede e 3 per la patologia protesica di anca e ginocchio nella ASL BA	Obiettivo dipartimentale

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023

DIPARTIMENTO Dipartimento di Area Medica

UNITA' OPERATIVA UOC Medicina Interna Osp. San Paolo

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Peso medio DRG	≥ 1.21	Peso medio 9 mesi 2022 UU.OO. Medicina Generale della ASL BA = 1.20; Peso medio 2021 UU.OO. Medicina Generale Ospedali ASL Puglia: 1.25
2 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
3 # 3 4	Clinical governance	B	Rapporto tra ricoveri con DRG a rischio di inappropriatazza e ricoveri con DRG non a rischio inappropriatazza in regime ordinario	≤ 0,21	0,21 = intervallo di adeguatezza Comitato LEA
4 # 1 2	Sanità digitale	M	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
5 # 1	Razionalizzazione della spesa farmaceutica	A	% Piani terapeutici con prescrizione di farmaco biosimilare nel rispetto delle Delibere e Circolari Regionali	> 90% delle nuove prescrizioni	es.: DD.G.R.n.699/2017, n.983/2018, n.1188/2019
6 3	Clinical governance	M	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 4 per la prevenzione del suicidio di paziente in ospedale	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023

DIPARTIMENTO Dipartimento di Area Medica

UNITA' OPERATIVA UOC Medicina Interna Osp. Molfetta

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Peso medio DRG	≥ 1.21	Peso medio 9 mesi 2022 UU.OO. Medicina Generale della ASL BA = 1.20; Peso medio 2021 UU.OO. Medicina Generale Ospedali ASL Puglia: 1.25
2 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
3 # 3 4	Clinical governance	B	Rapporto tra ricoveri con DRG a rischio di inapproprietezza e ricoveri con DRG non a rischio inapproprietezza in regime ordinario	≤ 0,21	0,21 = intervallo di adeguatezza Comitato LEA
4 # 1 2	Sanità digitale	M	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
5 # 1	Razionalizzazione della spesa farmaceutica	A	% Piani terapeutici con prescrizione di farmaco biosimilare nel rispetto delle Delibere e Circolari Regionali	> 90% delle nuove prescrizioni	es.: DD.G.R.n.699/2017, n.983/2018, n.1188/2019
6 3	Clinical governance	M	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 4 per la prevenzione del suicidio di paziente in ospedale	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**



AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023

DIPARTIMENTO Dipartimento di Area Medica  
 UNITA' OPERATIVA UOC Medicina Interna Osp. Di Venere

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Peso medio DRG	≥ 1.21	Peso medio 9 mesi 2022 UU.OO. Medicina Generale della ASL BA = 1.20; Peso medio 2021 UU.OO. Medicina Generale Ospedali ASL Puglia: 1.25
2 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
3 # 3 4	Clinical governance	B	Rapporto tra ricoveri con DRG a rischio di inappropriatazza e ricoveri con DRG non a rischio inappropriatazza in regime ordinario	≤ 0,21	0,21 = intervallo di adeguatezza Comitato LEA
4 # 1 2	Sanità digitale	M	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
5 # 1	Razionalizzazione della spesa farmaceutica	A	% Piani terapeutici con prescrizione di farmaco biosimilare nel rispetto delle Delibere e Circolari Regionali	> 90% delle nuove prescrizioni	es.: DD.G.R.n.699/2017, n.983/2018, n.1188/2019
6 3	Clinical governance	M	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 4 per la prevenzione del suicidio di paziente in ospedale	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI**

**OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023**

DIPARTIMENTO Dipartimento di Area Medica

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

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Peso medio DRG	≥ 1.21	Peso medio 9 mesi 2022 UU.OO. Medicina Generale della ASL BA = 1.20; Peso medio 2021 UU.OO. Medicina Generale Ospedali ASL Puglia: 1.25
2 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
3 # 3 4	Clinical governance	B	Rapporto tra ricoveri con DRG a rischio di inapproprietezza e ricoveri con DRG non a rischio inapproprietezza in regime ordinario	≤ 0,21	0,21 = intervallo di adeguatezza Comitato LEA
4 # 1 2	Sanità digitale	M	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
5 # 1	Razionalizzazione della spesa farmaceutica	A	% Piani terapeutici con prescrizione di farmaco biosimilare nel rispetto delle Delibere e Circolari Regionali	> 90% delle nuove prescrizioni	es.: DD.G.R.n.699/2017, n.983/2018, n.1188/2019
6 3	Clinical governance	M	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 4 per la prevenzione del suicidio di paziente in ospedale	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI**

**OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023**

DIPARTIMENTO Dipartimento di Area Medica

UNITA' OPERATIVA **UOC Medicina Interna Osp. Monopoli**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Peso medio DRG	≥ 1.21	Peso medio 9 mesi 2022 UU.OO. Medicina Generale della ASL BA = 1.20; Peso medio 2021 UU.OO. Medicina Generale Ospedali ASL Puglia: 1.25
2 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
3 # 3 4	Clinical governance	B	Rapporto tra ricoveri con DRG a rischio di inapproprietezza e ricoveri con DRG non a rischio inapproprietezza in regime ordinario	≤ 0,21	0,21 = intervallo di adeguatezza Comitato LEA
4 # 1 2	Sanità digitale	M	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
5 # 1	Razionalizzazione della spesa farmaceutica	A	% Piani terapeutici con prescrizione di farmaco biosimilare nel rispetto delle Delibere e Circolari Regionali	> 90% delle nuove prescrizioni	es.: DD.G.R.n.699/2017, n.983/2018, n.1188/2019
6 3	Clinical governance	M	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 4 per la prevenzione del suicidio di paziente in ospedale	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023

DIPARTIMENTO Dipartimento di Area Medica

UNITA' OPERATIVA UOC Medicina Interna e Lungodegenza Osp. Putignano

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Peso medio DRG	≥ 1.21	Peso medio 9 mesi 2022 UU.OO. Medicina Generale della ASL BA = 1.20; Peso medio 2021 UU.OO. Medicina Generale Ospedali ASL Puglia: 1.25
2 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
3 # 3 4	Clinical governance	B	Rapporto tra ricoveri con DRG a rischio di inappropriatazza e ricoveri con DRG non a rischio inappropriatazza in regime ordinario	≤ 0,21	0,21 = intervallo di adeguatezza Comitato LEA
4 # 1 2	Sanità digitale	M	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
5 # 1	Razionalizzazione della spesa farmaceutica	A	% Piani terapeutici con prescrizione di farmaco biosimilare nel rispetto delle Delibere e Circolari Regionali	> 90% delle nuove prescrizioni	es.: DD.G.R.n.699/2017, n.983/2018, n.1188/2019
6 3	Clinical governance	M	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 4 per la prevenzione del suicidio di paziente in ospedale	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023

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

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Peso medio DRG	≥ 1.21	Peso medio 9 mesi 2022 UU.OO. Medicina Generale della ASL BA = 1.20; Peso medio 2021 UU.OO. Medicina Generale Ospedali ASL Puglia: 1.25
2 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
3 # 3 4	Clinical governance	B	Rapporto tra ricoveri con DRG a rischio di inappropriatazza e ricoveri con DRG non a rischio inappropriatazza in regime ordinario	≤ 0,21	0,21 = intervallo di adeguatezza Comitato LEA
4 # 1 2	Sanità digitale	M	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
5 # 1	Razionalizzazione della spesa farmaceutica	A	% Piani terapeutici con prescrizione di farmaco biosimilare nel rispetto delle Delibere e Circolari Regionali	> 90% delle nuove prescrizioni	es.: DD.G.R.n.699/2017, n.983/2018, n.1188/2019
6 3	Clinical governance	M	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 4 per la prevenzione del suicidio di paziente in ospedale	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI**

**OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023**

DIPARTIMENTO Dipartimento di Area Medica  
 UNITA' OPERATIVA **UOSVD Medicina Interna Osp. Corato**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Peso medio DRG	≥ 1.21	Peso medio 9 mesi 2022 UU.OO. Medicina Generale della ASL BA = 1.20; Peso medio 2021 UU.OO. Medicina Generale Ospedali ASL Puglia: 1.25
2 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
3 # 3 4	Clinical governance	B	Rapporto tra ricoveri con DRG a rischio di inapproprietezza e ricoveri con DRG non a rischio inapproprietezza in regime ordinario	≤ 0,21	0,21 = intervallo di adeguatezza Comitato LEA
4 # 1 2	Sanità digitale	M	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
5 # 1	Razionalizzazione della spesa farmaceutica	A	% Piani terapeutici con prescrizione di farmaco biosimilare nel rispetto delle Delibere e Circolari Regionali	> 90% delle nuove prescrizioni	es.: DD.G.R.n.699/2017, n.983/2018, n.1188/2019
6 3	Clinical governance	M	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 4 per la prevenzione del suicidio di paziente in ospedale	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023

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

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Appropriatezza prescrittiva	B	Numero di schede di monitoraggio sulla piattaforma AIFA relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	Numero di schede = 0	Dati forniti dal Dipartimento del Farmaco
2	# 1	Razionalizzazione della spesa farmaceutica	A	% Piani terapeutici con prescrizione di farmaco biosimilare nel rispetto delle Delibere e Circolari Regionali	> 90% delle nuove prescrizioni	es.: DD.G.R.n.699/2017, n.983/2018, n.1188/2019
3	3	Clinical governance	A	Importo attività ambulatoriale	Importo 2023 ≥ 2022	
4	3	Miglioramento della qualità assistenziale	A	Inizio terapia medica oncologica dalla data della diagnosi conclusiva discussa in MMD	Entro 30 giorni dalla diagnosi conclusiva discussa in MMD	Obiettivo condiviso tra Chir. Senologica e Oncologia
5	3	Miglioramento della qualità assistenziale	A	Percentuale di pazienti avviate a chemioterapia neoadiuvante dopo discussione in MMD	≤ 20% dei casi totali	Obiettivo condiviso tra Chir. Senologica e Oncologia
6	3	Miglioramento della qualità assistenziale	A	Intervento chirurgico dopo chemioterapia neoadiuvante entro 30 giorni dall'ultimo ciclo di terapia	≥ 80% delle pazienti	Obiettivo condiviso tra Chir. Senologica e Oncologia
7	3 4	Miglioramento della qualità assistenziale	M	Posizionamento di clip amagnetica per riconoscimento di lesioni tumorali in pazienti arruolate in Breast Unit e candidate alla chemioterapia neoadiuvante	Almeno il 75% delle arruolate in Breast Unit e candidate alla chemioterapia neoadiuvante	Obiettivo condiviso tra Radiologia Senologica e Oncologia 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 Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI**

**OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023**

DIPARTIMENTO Dipartimento di Area Medica Specialistica

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

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 1 2	Sanità digitale	M	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
2 1 2	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	> 1500	
3 3	Clinical governance	A	Potenziamento attività endoscopica presso il P.O. della Murgia: N.prestazioni endoscopiche esterne ed interne	N. prestazioni 2023 > 2022	
4 3	Clinical governance	A	Potenziamento attività ERCP presso il P.O. della Murgia: N.prestazioni di ERCP	N. prestazioni 2023 > 2022	
5 3	Clinical governance	A	Potenziamento attività ERCP presso il P.O. San Paolo: N.prestazioni di ERCP	N. prestazioni 2023 > 2022	
6 3	Potenziamento screening oncologici	A	Screening Carcinoma del colon-retto: potenziamento dell'attività di II livello	N. Coloscopie 2023 = 2022 +20%	Certificato dall'U.O. Screening colon-retto
7 3	Clinical governance	M	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 4 per la prevenzione del suicidio di paziente in ospedale	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**



AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023

DIPARTIMENTO Dipartimento di Area Medica Specialistica

UNITA' OPERATIVA UOC Pneumologia Osp. San Paolo

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 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
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	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 4 per la prevenzione del suicidio di paziente in ospedale	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
5 3 4	Clinical governance	A	Attivazione del sistema di telemedicina Resmed Airview per la gestione di pazienti con OSA in trattamento con CPAP	Almeno 60 pazienti	
6 3	Formazione	B	Organizzazione di corso di formazione aziendale sulla prevenzione ed il controllo delle infezioni correlate all'assistenza in Terapia Intensiva e Subintensiva	Organizzazione evento	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Anestesia e Rianimazione, Cardiologia, Pneumologia e l'U.O. di Malattie Infettive. Nella Relazione finale indicare date e numero partecipanti
7 3	Clinical governance	B	Attivazione della Rete aziendale per le cure dell'insufficienza respiratoria acuta, acuta su cronica e cronica	Invio Documento alla Direzione Strategica sulle modalità di avvio della rete	Allegare alla Relazione Finale la documentazione relativa all'invio

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI**

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023

DIPARTIMENTO Dipartimento di Area Medica Specialistica

UNITA' OPERATIVA **UOC Pneumologia Osp. Di Venere**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 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
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	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 4 per la prevenzione del suicidio di paziente in ospedale	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
5 1 2	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	> 500	
6 3	Formazione	B	Organizzazione di corso di formazione aziendale sulla prevenzione ed il controllo delle infezioni correlate all'assistenza in Terapia Intensiva e Subintensiva	Organizzazione evento	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Anestesia e Rianimazione, Cardiologia, Pneumologia e l'U.O. di Malattie Infettive. Nella Relazione finale indicare date e numero partecipanti
7 3	Clinical governance	B	Attivazione della Rete aziendale per le cure dell'insufficienza respiratoria acuta, acuta su cronica e cronica	Invio Documento alla Direzione Strategica sulle modalità di avvio della rete	Allegare alla Relazione Finale la documentazione relativa all'invio

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI**

**OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023**

DIPARTIMENTO Dipartimento di Area Medica Specialistica

UNITA' OPERATIVA **UOC Malattie Infettive**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
2 # 3 4	Clinical governance	B	Rapporto tra ricoveri con DRG a rischio di inapproprietezza e ricoveri con DRG non a rischio inapproprietezza in regime ordinario	≤ 0,21	0,21 = intervallo di adeguatezza Comitato LEA
3 3	Clinical governance	A	N. prestazioni di Day Service	N. prestazioni di Day Service ≥ 30% rispetto al 2022	
4 # 1 2	Sanità digitale	M	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
5 3	Clinical governance	M	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 4 per la prevenzione del suicidio di paziente in ospedale	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
6 1 2	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	> 2000	
7 3	Formazione	B	Organizzazione di corso di formazione aziendale sulla prevenzione ed il controllo delle infezioni correlate all'assistenza in Terapia Intensiva e Subintensiva	Organizzazione evento	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Anestesia e Rianimazione, Cardiologia, Pneumologia e l'U.O. di Malattie Infettive. Nella Relazione finale indicare date e numero partecipanti

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI**

**OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023**

DIPARTIMENTO Dipartimento di Area Medica Specialistica

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

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3 4	Appropriatezza prescrittiva	B	Numero di schede di monitoraggio sulla piattaforma AIFA relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	Numero di schede = 0	Dati forniti dal Dipartimento del Farmaco
2 #	1	Razionalizzazione della spesa farmaceutica	A	% Piani terapeutici con prescrizione di farmaco biosimilare nel rispetto delle Delibere e Circolari Regionali	> 90% delle nuove prescrizioni	es.: DD.G.R.n.699/2017, n.983/2018, n.1188/2019
3	3	Clinical governance	A	Importo attività ambulatoriale	Importo 2023 ≥ 2022	
4 #	1 2	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	> 1000	

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023

DIPARTIMENTO Dipartimento di Area Medica Specialistica

UNITA' OPERATIVA UOSVD Pneumologia Osp. Putignano

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3 4	Clinical governance	B	Rapporto tra ricoveri con DRG a rischio di inapproprietezza e ricoveri con DRG non a rischio inapproprietezza in regime ordinario	≤ 0,21	0,21 = intervallo di adeguatezza Comitato LEA
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	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 4 per la prevenzione del suicidio di paziente in ospedale	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
5 1 2	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	> 250	
6 3	Formazione	B	Organizzazione di corso di formazione aziendale sulla prevenzione ed il controllo delle infezioni correlate all'assistenza in Terapia Intensiva e Subintensiva	Organizzazione evento	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Anestesia e Rianimazione, Cardiologia, Pneumologia e l'U.O. di Malattie Infettive. Nella Relazione finale indicare date e numero partecipanti
7 3	Clinical governance	B	Attivazione della Rete aziendale per le cure dell'insufficienza respiratoria acuta, acuta su cronica e cronica	Invio Documento alla Direzione Strategica sulle modalità di avvio della rete	Allegare alla Relazione Finale la documentazione relativa all'invio

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023

DIPARTIMENTO Dipartimento Cardiovascolare  
 UNITA' OPERATIVA UOC Cardiologia e UTIC Osp. San Paolo

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Degenza Media	≤ 7 gg.	
2 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
3 # 1 2	Sanità digitale	M	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
4 # 1 2	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	> 500	
5 3	Clinical governance	M	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 4 per la prevenzione del suicidio di paziente in ospedale	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
6 3	Integrazione Ospedale-Territorio	A	Numero di visite effettuate a pazienti dimessi dai Centri Hub per Sindrome Coronarica Acuta o Scopenso Cardiaco	Almeno 200 visite all'anno	Dati rilevati su software "PONTE SCA" e PONTE-SC". Certificato dal Direttore del Dipartimento
7 # 3	Clinical governance	M	% IMA non provenienti da altre Strutture trattati con PTCA entro 2 gg	≥ 60%	Indicatore PNE
8 3	Formazione	B	Organizzazione di corso di formazione aziendale sulla prevenzione ed il controllo delle infezioni correlate all'assistenza in Terapia Intensiva e Subintensiva	Organizzazione evento	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Anestesia e Rianimazione, Cardiologia, Pneumologia e l'U.O. di Malattie Infettive. Nella Relazione finale indicare date e numero partecipanti

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI**

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023

DIPARTIMENTO Dipartimento Cardiovascolare

UNITA' OPERATIVA UOC Cardiologia Osp. Corato e UOS Cardiologia Osp. Molfetta

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Degenza Media	≤ 7 gg.	
2 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
3 # 1 2	Sanità digitale	M	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
4 # 1 2	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	> 500	
5 3	Clinical governance	M	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 4 per la prevenzione del suicidio di paziente in ospedale	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
6 3	Integrazione Ospedale-Territorio	A	Numero di visite effettuate a pazienti dimessi dai Centri Hub per Sindrome Coronarica Acuta o Scompenso Cardiaco	Almeno 300 visite all'anno	Dati rilevati su software "PONTE SCA" e PONTE-SC". Certificato dal Direttore del Dipartimento
7 3	Formazione	B	Organizzazione di corso di formazione aziendale sulla prevenzione ed il controllo delle infezioni correlate all'assistenza in Terapia Intensiva e Subintensiva	Organizzazione evento	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Anestesia e Rianimazione, Cardiologia, Pneumologia e l'U.O. di Malattie Infettive. Nella Relazione finale indicare date e numero partecipanti

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023

DIPARTIMENTO Dipartimento Cardiovascolare

UNITA' OPERATIVA UOC Cardiologia e UTIC Osp. Di Venere

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Degenza Media	≤ 7 gg.	
2 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
3 # 1 2	Sanità digitale	M	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
4 # 1 2	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	> 500	
5 3	Clinical governance	M	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 4 per la prevenzione del suicidio di paziente in ospedale	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
6 3	Integrazione Ospedale-Territorio	A	Numero di visite effettuate a pazienti dimessi dai Centri Hub per Sindrome Coronarica Acuta o Scopenso Cardiaco	Almeno 200 visite all'anno	Dati rilevati su software "PONTE SCA" e PONTE-SC". Certificato dal Direttore del Dipartimento
7 # 3	Clinical governance	M	% IMA non provenienti da altre Strutture trattati con PTCA entro 2 gg	≥ 60%	Indicatore PNE
8 3	Formazione	B	Organizzazione di corso di formazione aziendale sulla prevenzione ed il controllo delle infezioni correlate all'assistenza in Terapia Intensiva e Subintensiva	Organizzazione evento	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Anestesia e Rianimazione, Cardiologia, Pneumologia e l'U.O. di Malattie Infettive. Nella Relazione finale indicare date e numero partecipanti

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**



AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023

DIPARTIMENTO Dipartimento Cardiovascolare  
 UNITA' OPERATIVA UOC Cardiologia e UTIC Osp. della Murgia

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Degenza Media	≤ 7 gg.	
2 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
3 # 1 2	Sanità digitale	M	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
4 # 1 2	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	> 1000	
5 3	Integrazione Ospedale-Territorio	A	Numero di visite effettuate a pazienti dimessi dai Centri Hub per Sindrome Coronarica Acuta o Scopenso Cardiaco	Almeno 200 visite all'anno	Dati rilevati su software "PONTE SCA" e PONTE-SC". Certificato dal Direttore del Dipartimento
6 3	Clinical governance	M	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 4 per la prevenzione del suicidio di paziente in ospedale	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
7 # 3	Clinical governance	M	% IMA non provenienti da altre Strutture trattati con PTCA entro 2 gg	≥ 60%	Indicatore PNE
8 3	Formazione	B	Organizzazione di corso di formazione aziendale sulla prevenzione ed il controllo delle infezioni correlate all'assistenza in Terapia Intensiva e Subintensiva	Organizzazione evento	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Anestesia e Rianimazione, Cardiologia, Pneumologia e l'U.O. di Malattie Infettive. Nella Relazione finale indicare date e numero partecipanti

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI**

**OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023**

DIPARTIMENTO Dipartimento Cardiovascolare

UNITA' OPERATIVA **UOC Cardiologia Osp. Monopoli**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Degenza Media	≤ 7 gg.	
2 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
3 # 1 2	Sanità digitale	M	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
4 # 1 2	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	> 500	
5 3	Integrazione Ospedale-Territorio	A	Numero di visite effettuate a pazienti dimessi dai Centri Hub per Sindrome Coronarica Acuta o Scopenso Cardiaco	Almeno 200 visite all'anno	Dati rilevati su software "PONTE SCA" e PONTE-SC". Certificato dal Direttore del Dipartimento
6 3	Clinical governance	M	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 4 per la prevenzione del suicidio di paziente in ospedale	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
7 3	Formazione	B	Organizzazione di corso di formazione aziendale sulla prevenzione ed il controllo delle infezioni correlate all'assistenza in Terapia Intensiva e Subintensiva	Organizzazione evento	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Anestesia e Rianimazione, Cardiologia, Pneumologia e l'U.O. di Malattie Infettive. Nella Relazione finale indicare date e numero partecipanti

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI**

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023

DIPARTIMENTO Dipartimento Cardiovascolare  
 UNITA' OPERATIVA UOC Cardiologia Osp. Putignano

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Degenza Media	≤ 7 gg.	
2 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
3 # 1 2	Sanità digitale	M	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
4 # 1 2	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	> 500	
5 3	Integrazione Ospedale-Territorio	A	Numero di visite effettuate a pazienti dimessi dai Centri Hub per Sindrome Coronarica Acuta o Scopenso Cardiaco	Almeno 200 visite all'anno	Dati rilevati su software "PONTE SCA" e PONTE-SC". Certificato dal Direttore del Dipartimento
6 3	Clinical governance	M	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 4 per la prevenzione del suicidio di paziente in ospedale	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
7 3	Formazione	B	Organizzazione di corso di formazione aziendale sulla prevenzione ed il controllo delle infezioni correlate all'assistenza in Terapia Intensiva e Subintensiva	Organizzazione evento	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Anestesia e Rianimazione, Cardiologia, Pneumologia e l'U.O. di Malattie Infettive. Nella Relazione finale indicare date e numero partecipanti

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI**

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023

DIPARTIMENTO Dipartimento Neurosensoriale

UNITA' OPERATIVA **UOSVD Neurologia Osp. San Paolo**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 1 2	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	> 2500	
2 # 2	Efficienza operativa	M	Implementazione Ambulatorio Cefalee: Numero visite	> 400 prestazioni	
3 # 2	Efficienza operativa	A	Potenziamento Ambulatorio Potenziali Evocati: Numero prestazioni	> 250 prestazioni	
4 # 2	Efficienza operativa	A	Avvio attività di Poligrafia: Numero prestazioni	> 50 prestazioni	Codice 89156
5 3 4	Miglioramento della qualità assistenziale	M	Avvio attività Potenziali Evocati in Rianimazione	> 20 prestazioni	
6 3	Clinical governance	M	Elaborazione/revisione procedura aziendale ospedaliera del paziente con Ictus	Invio del Protocollo elaborato secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Obiettivo in comune tra le UUOO di Radiodiagnostica e le UUOO di Neurologia. Allegare documentazione di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI**

**OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023**

DIPARTIMENTO Dipartimento Neurosensoriale

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 Struttura Ospedaliera o Territoriale sede di un'U.O. di Oftalmologia	Nella Relazione finale indicare data, sede, argomento e partecipanti. Obiettivo condiviso tra UU.OO. Di Oftalmologia
2 3	Appropriatezza prescrittiva	A	Numero di schede di monitoraggio sulla piattaforma AIFA relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	Numero di schede = 0	Certificato dal Dipartimento del Farmaco
3 # 1 2	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	> 1000	
4 # 1 3	Efficienza organizzativa	A	Fatturato prestazioni ambulatoriali esterne	Fatturato prestazioni ambulatoriali esterne 2023 = 2022+10%	

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI**

**OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023**

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 Struttura Ospedaliera o Territoriale sede di un'U.O. di Oftalmologia	Nella Relazione finale indicare data, sede, argomento e partecipanti. Obiettivo condiviso tra UU.OO. Di Oftalmologia
2	3	Appropriatezza prescrittiva	A	Numero di schede di monitoraggio sulla piattaforma AIFA relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	Numero di schede = 0	Certificato dal Dipartimento del Farmaco
3 #	1 2	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	> 1000	
4	3	Clinical governance	M	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 4 per la prevenzione del suicidio di paziente in ospedale	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
5	3 2	Clinical governance	A	Avvio attività decentrata di Day Service per Cataratta presso i PTA di Gioia del Colle e Grumo Appula da parte delle UU.OO. Ospedaliere di Oculistica	Almeno il 10% dell'attività complessiva di Day Service delle Oculistiche Ospedaliere 2022	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. Di Oculistica dei PP.OO. Di Venere, Murgia e Putignano

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023

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

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Indice Chirurgico	> 85%	Al netto dei Ricoveri da P.S.
2 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
3 # 3	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 # 1	Sanità digitale	M	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
5 # 1	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	> 1000	
6 3	Clinical governance	A	N. di Tracheotomie chirurgiche	Almeno 10 procedure a livello aziendale	Nella Relazione finale riportare il numero di prestazione eseguite (Fonte: GISO)
7 3	Clinical governance	M	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 4 per la prevenzione del suicidio di paziente in ospedale	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI**

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023

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 Struttura Ospedaliera o Territoriale sede di un'U.O. di Oftalmologia	Nella Relazione finale indicare data, sede, argomento e partecipanti. Obiettivo condiviso tra UU.OO. Di Oftalmologia
2	3	Appropriatezza prescrittiva	A	Numero di schede di monitoraggio sulla piattaforma AIFA relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	Numero di schede = 0	Certificato dal Dipartimento del Farmaco
3 #	1 2	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	> 1000	
4	3	Clinical governance	M	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 4 per la prevenzione del suicidio di paziente in ospedale	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
5	3 2	Clinical governance	A	Avvio attività decentrata di Day Service per Cataratta presso i PTA di Gioia del Colle e Grumo Appula da parte delle UU.OO. Ospedaliere di Oculistica	Almeno il 10% dell'attività complessiva di Day Service delle Oculistiche Ospedaliere 2022	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. Di Oculistica dei PP.OO. Di Venere, Murgia e Putignano

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**



AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023

DIPARTIMENTO Dipartimento Neurosensoriale

UNITA' OPERATIVA UOC Neurologia Osp. della Murgia

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Degenza Media	≤ 8 gg.	
2 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
3 # 1 2	Sanità digitale	M	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
4 # 1 2	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	> 1000	
5 3	Clinical governance	M	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 4 per la prevenzione del suicidio di paziente in ospedale	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
6 3	Clinical governance	M	Elaborazione/revisione procedura aziendale ospedaliera del paziente con Ictus	Invio del Protocollo elaborato secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Obiettivo in comune tra le UUOO di Radiodiagnostica e le UUOO di Neurologia. Allegare documentazione di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI**

**OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023**

DIPARTIMENTO Dipartimento Neurosensoriale  
 UNITA' OPERATIVA **UOSVD Otorinolaringoiatria Osp. della Murgia**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Indice Chirurgico	> 85%	Al netto dei Ricoveri da P.S.
2 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
3 # 3	Clinical governance	M	Rapporto tra ricoveri con DRG a rischio di inappropriatazza e ricoveri con DRG non a rischio inappropriatazza in regime ordinario	≤ 0,21	0,21 = intervallo di adeguatezza Comitato LEA
4 # 1	Sanità digitale	M	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
5 # 1	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	> 1500	
6 3	Clinical governance	A	N. di Tracheotomie chirurgiche	Almeno 10 procedure a livello aziendale	nella Relazione finale riportare il numero di prestazione eseguite (Fonte: GISO)
7 3	Clinical governance	M	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 4 per la prevenzione del suicidio di paziente in ospedale	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023

DIPARTIMENTO Dipartimento Neurosensoriale

UNITA' OPERATIVA UOSVD Neurologia Osp. Monopoli

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Degenza Media	≤ 8 gg.	
2 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
3 # 1	Sanità digitale	M	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
4 # 1	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	> 1000	
5 3	Clinical governance	M	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 4 per la prevenzione del suicidio di paziente in ospedale	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
6 3	Clinical governance	M	Elaborazione/revisione procedura aziendale ospedaliera del paziente con Ictus	Invio del Protocollo elaborato secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Obiettivo in comune tra le UUOO di Radiodiagnostica e le UUOO di Neurologia. Allegare documentazione di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023

DIPARTIMENTO Dipartimento Neurosensoriale  
 UNITA' OPERATIVA UOSVD Otorinolaringoiatria Osp. Monopoli

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Indice Chirurgico	> 85%	Al netto dei Ricoveri da P.S.
2 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
3 # 3 4	Clinical governance	M	Rapporto tra ricoveri con DRG a rischio di inappropriatazza e ricoveri con DRG non a rischio inappropriatazza in regime ordinario	≤ 0,21	0,21 = intervallo di adeguatezza Comitato LEA
4 # 1 2	Sanità digitale	M	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
5 # 1 2	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	> 1500	
6 3	Clinical governance	A	N. di Tracheotomie chirurgiche	Almeno 10 procedure a livello aziendale	nella Relazione finale riportare il numero di prestazione eseguite (Fonte: GISO)
7 3	Clinical governance	M	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 4 per la prevenzione del suicidio di paziente in ospedale	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI**

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023

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 Struttura Ospedaliera o Territoriale sede di un'U.O. di Oftalmologia	Nella Relazione finale indicare data, sede, argomento e partecipanti. Obiettivo condiviso tra UU.OO. Di Oftalmologia
2	3	Appropriatezza prescrittiva	A	Numero di schede di monitoraggio sulla piattaforma AIFA relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	Numero di schede = 0	Certificato dal Dipartimento del Farmaco
3 #	1 2	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	> 1000	
4	3	Clinical governance	M	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 4 per la prevenzione del suicidio di paziente in ospedale	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
5		Clinical governance	A	Avvio attività decentrata di Day Service per Cataratta presso i PTA di Gioia del Colle e Grumo Appula da parte delle UU.OO. Ospedaliere di Oculistica	Almeno il 10% dell'attività complessiva di Day Service delle Oculistiche Ospedaliere 2022	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. Di Oculistica dei PP.OO. Di Venere, Murgia e Putignano

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI**

**OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023**

DIPARTIMENTO Dipartimento Neurosensoriale

UNITA' OPERATIVA **UOSVD PTA Conversano- Day Service Oculistico**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 3	Formazione	B	Organizzazione Evento formativo per il personale medico e infermieristico delle UU.OO. della ASL	Almeno un evento formativo per Struttura Ospedaliera o Territoriale sede di un'U.O. di Oftalmologia	Nella Relazione finale indicare data, sede, argomento e partecipanti. Obiettivo condiviso tra UU.OO. Di Oftalmologia
2 3	Appropriatezza prescrittiva	A	Numero di schede di monitoraggio sulla piattaforma AIFA relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	Numero di schede = 0	Certificato dal Dipartimento del Farmaco
3 # 1 2	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	> 1000	
4 # 1 3	Efficienza organizzativa	A	Fatturato prestazioni ambulatoriali esterne	Fatturato prestazioni ambulatoriali esterne 2023 = 2022+10%	

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI**

**OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023**

DIPARTIMENTO Dipartimento Medicina dell'età evolutiva

UNITA' OPERATIVA **UOC Pediatria e Nido Osp. San Paolo**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Degenza Media	≤ 4 gg.	
2 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
3 # 3 2	Clinical governance	A	% di ricoveri per Gastroenterite	< 3% dei pazienti dimessi	Escluse le dimissioni dal Nido
4 # 1 2	Sanità digitale	M	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	Escluse le dimissioni dal Nido
5 3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulle Raccomandazioni n. 6 e 16	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 675/2019	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. Di Anestesia (Ospedali con punto nascita), Ostetricia e Pediatria/UTIN. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
6	Formazione	B	Realizzazione percorso formativo per personale medico, psicologico e comparto per la presi in carico di pazineti con Disturbi alimentari	Organizzazione di evento formativo ECM	Obiettivo condiviso tra NPIA e UO Pediatria del San Paolo. Nella Relazione di fine anno descrivere data, sede, n. partecipanti

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023

DIPARTIMENTO Dipartimento Medicina dell'età evolutiva

UNITA' OPERATIVA UOSVD Pediatria Osp. Corato

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Degenza Media	≤ 4 gg.	
2 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
3 # 3 2	Clinical governance	A	% di ricoveri per Gastroenterite	< 3% dei pazienti dimessi	Escluse le dimissioni dal Nido
4 # 1 2	Sanità digitale	M	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	Escluse le dimissioni dal Nido
5 3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulle Raccomandazioni n. 6 e 16	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 675/2019	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. Di Anestesia (Ospedali con punto nascita), Ostetricia e Pediatria/UTIN. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**



**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI**

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023

DIPARTIMENTO Dipartimento Medicina dell'età evolutiva

UNITA' OPERATIVA UOSVD Epilessia ed EEG Età Evolutiva Osp. San Paolo

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 1 2	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	> 1500	
2 # 3	Efficienza organizzativa	A	Numero prestazioni ambulatoriali esterne	Numero prestazioni ambulatoriali esterne 2023 > 2022	
3 3 2	Clinical governance	M	Attivazione del processo di transition - Numero pazienti che hanno completato il percorso di transition verso Strutture dell'adulto	Almeno 10 pazienti	
4 3 2	Clinical governance	M	Attivazione ete ambulatoriale multispecialistica intra ed extraziendale per pazienti affetti da epilessie rare e complesse - Numero pazienti reclutati	Almeno 7 pazienti	
5 3 2	Clinical governance	A	Procedura assistenziale complessa per malati rari con Epilessia rara	Invio della Procedura elaborata secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Obiettivo condiviso tra Centro Territoriale Malattie Rare e UO Epilessia ed EEG Età Evolutiva e UO Programmazione, innovazione e continuità ospedale-territorio. Allega alla Relazione finale la documentazione relativa all'invio all'U.O.G.R.C.

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023

DIPARTIMENTO Dipartimento Medicina dell'età evolutiva

UNITA' OPERATIVA UOSVD Pediatria Osp. della Murgia

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Degenza Media	≤ 4 gg.	
2 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
3 # 3 2	Clinical governance	A	% di ricoveri per Gastroenterite	< 3% dei pazienti dimessi	Escluse le dimissioni dal Nido
4 # 1 2	Sanità digitale	M	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	Escluse le dimissioni dal Nido
5 3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulle Raccomandazioni n. 6 e 16	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 675/2019	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. Di Anestesia (Ospedali con punto nascita), Ostetricia e Pediatria/UTIN. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI**

**OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023**

DIPARTIMENTO Dipartimento Medicina dell'età evolutiva

UNITA' OPERATIVA **UOSVD Pediatria Osp. Monopoli**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Degenza Media	≤ 4 gg.	
2 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
3 # 3 2	Clinical governance	A	% di ricoveri per Gastroenterite	< 3% dei pazienti dimessi	Escluse le dimissioni dal Nido
4 # 1 2	Sanità digitale	M	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	Escluse le dimissioni dal Nido
5 3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulle Raccomandazioni n. 6 e 16	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 675/2019	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. Di Anestesia (Ospedali con punto nascita), Ostetricia e Pediatria/UTIN. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI**

**OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023**

DIPARTIMENTO Dipartimento Gestione Avanzata Rischio Riproduttivo e Gravidanze a Rischio

UNITA' OPERATIVA **UOC Ginecologia e Ostetricia Osp. San Paolo**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Indice Chirurgico	> 85%	Esclusi i ricoveri con MDC 14
2 # 3 4	Clinical governance	A	% parti cesarei depurati (NTSV)	≤ 25%	
3 # 3 4	Clinical governance	M	Rapporto tra ricoveri con DRG a rischio di inappropriately e ricoveri con DRG non a rischio inappropriately in regime ordinario	≤ 0,21	0,21 = intervallo di adeguatezza Comitato LEA
4 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
5 # 3	Miglioramento della qualità assistenziale	A	Numero di parti vaginali con Partoanalgesia	Almeno 20%	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Ginecologia e Ostetricia e le UU.OO. di Anestesia e Rianimazione
6 # 3 4	Clinical governance	A	% parti vaginali con Episiotomia	< 15%	Parto Vaginale (DRG compresi tra 372 e 375) con Codici Procedura ICD9-CM: 72.1, 72.21, 72.31, 73.6 (esclusi Codici ICD9-CM 72.5x e 72.6)
7 3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulle Raccomandazioni n. 6 e 16	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 675/2019	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. Di Anestesia (Ospedali con punto nascita), Ostetricia e Pediatria/UTIN. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
8 3	Clinical governance	M	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 4 per la prevenzione del suicidio di paziente in ospedale	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
9 3	Clinical governance	A	Screening Carcinoma della cervice uterina: potenziamento dell'attività di II livello	N. Colposcopie 2023 > 2022	Certificato dall'U.O. Screening Cervice Uterina

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI**

**OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023**

DIPARTIMENTO Dipartimento Gestione Avanzata Rischio Riproduttivo e Gravidanze a Rischio

UNITA' OPERATIVA **UOC Ginecologia e Ostetricia Osp. Corato**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Indice Chirurgico	> 85%	Esclusi i ricoveri con MDC 14
2 # 3 4	Clinical governance	A	% parti cesarei depurati (NTSV)	≤ 25%	
3 # 3 4	Clinical governance	M	Rapporto tra ricoveri con DRG a rischio di inappropriately e ricoveri con DRG non a rischio inappropriately in regime ordinario	≤ 0,21	0,21 = intervallo di adeguatezza Comitato LEA
4 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
5 # 3	Miglioramento della qualità assistenziale	A	Percentuale di parti vaginali con Partoanalgesia	Almeno 20%	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Ginecologia e Ostetricia e le UU.OO. di Anestesia e Rianimazione
6 # 3 4	Clinical governance	A	% parti vaginali con Episiotomia	< 15%	Parto Vaginale (DRG compresi tra 372 e 375) con Codici Procedura ICD9-CM: 72.1, 72.21, 72.31, 73.6 (esclusi Codici ICD9-CM 72.5x e 72.6)
7 3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulle Raccomandazioni n. 6 e 16	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 675/2019	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. Di Anestesia (Ospedali con punto nascita), Ostetricia e Pediatria/UTIN. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
8 3	Clinical governance	M	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 4 per la prevenzione del suicidio di paziente in ospedale	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
9 3	Clinical governance	A	Screening Carcinoma della cervice uterina: potenziamento dell'attività di II livello	N. Colposcopie 2023 > 2022	Certificato dall'U.O. Screening Cervice Uterina

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI**

**OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023**

DIPARTIMENTO Dipartimento Gestione Avanzata Rischio Riproduttivo e Gravidanze a Rischio

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

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	4	Appropriatezza setting assistenziale	M	Avvio Pannelli NGS per malattie Neurodegenerative (Parkinson, SLA, Alzheimer)	Messa a punto ed Implementazione della NGS per pazienti della ASL Bari e dalle UUOO di Neurologia della regione per i geni coinvolti nelle principali patologie neurodegenerative	
2	3	Efficienza organizzativa	M	Tempi di attesa per visite di genetica medica programmabili	< 120 gg.	Certificato con monitoraggi intermedi
3	4 3	Miglioramento della qualità assistenziale	A	Screening Neonatale per la Atrofia Muscolare Spinale	Screening Neonatale SMA nei 26 Punti nascita della Regione	Obiettivo a Valenza Regionale (LR n.6 del 19/4/2021)
4	4 3	Miglioramento della qualità assistenziale	A	Avvio Protocollo di studio con metodologia NGS dei casi di Cardiomiopatia	Messa a punto ed Implementazione della NGS per tutti i casi inviati dalle UUOO di Cardiologia della ASL BARI su piattaforma NGS	La esecuzione in NGS è oggi indispensabile sia per l'inquadramento diagnostico che per la scelta terapeutica delle Cardiomiopatie
5	4 3	Appropriatezza setting assistenziale	M	Progetto Esoma - Studio NGS di casi clinici con sospetto per causa genetica	Esecuzione di almeno 400 casi con evidenza di mutazioni in almeno il 10% dei casi analizzati	
6	4 3	Miglioramento della qualità assistenziale	A	Utilizzo del Sistema di Sequenziamento NGS per test DNA fetale per la analisi genomica ad ampio spettro (previo counselling)	Esecuzione di almeno 500 test di DNA fetale in gestanti selezionate	Obiettivo a valenza regionale (Progetto DIFE Regione Puglia)
7	4	Appropriatezza setting assistenziale	M	Percentuale aberrazioni genomiche diagnosticate alla diagnosi invasiva mediante prelievo di villi coriali (villocentesi)	%>20% delle procedure invasive	Obiettivo Condiviso con la UOC di Medicina Fetale per la selezione dei pazienti e la esecuzione della procedura

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI**

**OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023**

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	Obiettivo Condiviso con la UOC di Genetica Medica
2	4	Appropriatezza setting assistenziale	M	Numero di gravidanze gemellari monocoriali normali e complicate gestite presso la UOC	2023 > 2022	
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	Miglioramento della qualità assistenziale	A	N° procedure invasive per la presenza di malformazioni fetali	2023 > 2022	

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI**

**OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023**

DIPARTIMENTO Dipartimento Gestione Avanzata Rischio Riproduttivo e Gravidanze a Rischio

UNITA' OPERATIVA **UOC Ginecologia e Ostetricia Osp. Di Venere**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Indice Chirurgico	> 85%	Esclusi i ricoveri con MDC 14
2 # 3 4	Clinical governance	A	% parti cesarei depurati (NTSV)	≤ 25%	
3 # 3 4	Clinical governance	M	Rapporto tra ricoveri con DRG a rischio di inappropriately e ricoveri con DRG non a rischio inappropriately in regime ordinario	≤ 0,21	0,21 = intervallo di adeguatezza Comitato LEA
4 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
5 # 3	Miglioramento della qualità assistenziale	A	Percentuale di parti vaginali con Partoanalgesia	Almeno 35%	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Ginecologia e Ostetricia e le UU.OO. di Anestesia e Rianimazione
6 # 3	Clinical governance	A	% parti vaginali con Episiotomia	< 15%	Parto Vaginale (DRG compresi tra 372 e 375) con Codici Procedura ICD9-CM: 72.1, 72.21, 72.31, 73.6 (esclusi Codici ICD9-CM 72.5x e 72.6)
7 3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulle Raccomandazioni n. 6 e 16	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 675/2019	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. Di Anestesia (Ospedali con punto nascita), Ostetricia e Pediatria/UTIN. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
8 3	Clinical governance	M	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 4 per la prevenzione del suicidio di paziente in ospedale	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
9 3	Clinical governance	A	Screening Carcinoma della cervice uterina: potenziamento dell'attività di II livello	N. Colposcopie 2023 > 2022	Certificato dall'U.O. Screening Cervice Uterina

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**



**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI**

**OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023**

DIPARTIMENTO Dipartimento Gestione Avanzata Rischio Riproduttivo e Gravidanze a Rischio

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

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Clinical governance	B	Implementazione di un protocollo interno di gestione medico-infermieristico della nutrizione nel neonato pretermine VLBW (< 1500 gr.)	Invio del protocollo alla Direzione Medica di Presidio	Allegare alla Relazione finale la documentazione relativa all'invio alla Direzione Medica di Presidio
2	2 4	Registro regionale delle malformazioni	M	N° casi comunicati	Comunicazione del 100% dei casi	Subordinato alla prosecuzione del Progetto Regionale
3	3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulle Raccomandazioni n. 6 e 16	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 675/2019	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. Di Anestesia (Ospedali con punto nascita), Ostetricia e Pediatria/UTIN. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
4	3	Formazione	B	Organizzazione corsi di rianimazione neonatale per personale infermieristico e ostetrico	Un corso annuo	Nella relazione finale allegare data, sede e partecipanti
5	3	Obblighi informativi	B	Redazione Report su nati vivi da tecnica di inseminazione semplice e di II e III livello 2019-2020-2021-2022	N. 1 Report	Da allegare alla Relazione finale utilizzando la modulistica concordata con l'U.O. Controllo di Gestione

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI**

**OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023**

DIPARTIMENTO Dipartimento Gestione Avanzata Rischio Riproduttivo e Gravidanze a Rischio

UNITA' OPERATIVA **UOC Ginecologia e Ostetricia Osp. della Murgia**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Indice Chirurgico	> 85%	Esclusi i ricoveri con MDC 14
2 # 3 4	Clinical governance	A	% parti cesarei depurati (NTSV)	≤ 25%	
3 # 3 4	Clinical governance	M	Rapporto tra ricoveri con DRG a rischio di inappropriately e ricoveri con DRG non a rischio inappropriately in regime ordinario	≤ 0,21	0,21 = intervallo di adeguatezza Comitato LEA
4 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
5 # 3	Miglioramento della qualità assistenziale	A	Percentuale di parti vaginali con Partoanalgesia	Almeno 20%	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Ginecologia e Ostetricia e le UU.OO. di Anestesia e Rianimazione
6 # 3 4	Clinical governance	A	% parti vaginali con Episiotomia	< 15%	Parto Vaginale (DRG compresi tra 372 e 375) con Codici Procedura ICD9-CM: 72.1, 72.21, 72.31, 73.6 (esclusi Codici ICD9-CM 72.5x e 72.6)
7 3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulle Raccomandazioni n. 6 e 16	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 675/2019	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. Di Anestesia (Ospedali con punto nascita), Ostetricia e Pediatria/UTIN. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
8 3	Clinical governance	M	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 4 per la prevenzione del suicidio di paziente in ospedale	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
9 3	Clinical governance	A	Screening Carcinoma della cervice uterina: potenziamento dell'attività di II livello	N. Colposcopie 2023 > 2022	Certificato dall'U.O. Screening Cervice Uterina

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI**

**OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023**

DIPARTIMENTO Dipartimento Gestione Avanzata Rischio Riproduttivo e Gravidanze a Rischio

UNITA' OPERATIVA **UOC Ginecologia e Ostetricia Osp. Monopoli**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Indice Chirurgico	> 85%	Esclusi i ricoveri con MDC 14
2 # 3 4	Clinical governance	A	% parti cesarei depurati (NTSV)	≤ 25%	
3 # 3 4	Clinical governance	M	Rapporto tra ricoveri con DRG a rischio di inappropriately e ricoveri con DRG non a rischio inappropriately in regime ordinario	≤ 0,21	0,21 = intervallo di adeguatezza Comitato LEA
4 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
5 # 3	Miglioramento della qualità assistenziale	A	Percentuale di parti vaginali con Partoanalgesia	Almeno 20%	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Ginecologia e Ostetricia e le UU.OO. di Anestesia e Rianimazione
6 # 3 4	Clinical governance	A	% parti vaginali con Episiotomia	< 15%	Parto Vaginale (DRG compresi tra 372 e 375) con Codici Procedura ICD9-CM: 72.1, 72.21, 72.31, 73.6 (esclusi Codici ICD9-CM 72.5x e 72.6)
7 3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulle Raccomandazioni n. 6 e 16	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 675/2019	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. Di Anestesia (Ospedali con punto nascita), Ostetricia e Pediatria/UTIN. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
8 3	Clinical governance	M	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 4 per la prevenzione del suicidio di paziente in ospedale	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI**

**OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023**

DIPARTIMENTO Dipartimento Gestione Avanzata Rischio Riproduttivo e Gravidanze a Rischio

UNITA' OPERATIVA **UOSVD PMA Conversano**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Obblighi informativi	M	Redazione Report attività I e II livello per gli anni 2020-2021-2022-2023	Redazione Report	Da allegare alla Relazione finale utilizzando la modulistica concordata con l'U.O. Controllo di Gestione
2	# 1	Razionalizzazione della spesa farmaceutica	A	% Piani terapeutici con prescrizione di farmaco biosimilare nel rispetto delle Delibere e Circolari Regionali	> 90% delle nuove prescrizioni	es.: DD.G.R.n.699/2017, n.983/2018, n.1188/2019
3	# 1 2	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	> 4000	
4	# 3 1	Efficienza operativa	A	Fatturato prestazioni ambulatoriali esterne	Importo 2023 > 2022	
5	3	Clinical governance	A	Procedura per il percorso delle pazienti prese in carico dalla PMA di Conversano ai fini della preservazione della fertilità per motivi non oncologici (social freezing)	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
6	3	Miglioramento della qualità assistenziale	A	Elaborazione di protocollo per la gestione del servizio di counselling fertilità per le coppie desiderose di prole	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

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI**

**OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023**

DIPARTIMENTO Dipartimento Gestione Avanzata Rischio Riproduttivo e Gravidanze a Rischio

UNITA' OPERATIVA **UOSVD Pianificazione Familiare Osp. San Paolo**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Clinical governance	A	Numero sedute IVG farmacologiche	Predisposizione di 3 sedute settimanali di IVG farmacologiche	Allegare numero di sedute farmacologiche alla Relazione Finale
2	3	Clinical governance	M	Numero pazienti reclutate dai consultori	Reclutamento di almeno 10 pazienti al mese mediante invio diretto dai consultori familiari	Allegare numero di pazienti giunte tramite consultorio alla Relazione Finale
3	3	Clinical governance	M	Numero pazienti inviate ai consultori post IVG	Invio di almeno 15 pazienti al mese ai consultori familiari per la contraccezione orale gratuita post IVG	Allegare il numero di pazienti inviate a contraccezione al consultorio post IVG
4	3	Clinical governance	M	Numero inserimento IUD post IVG	Inserimento di IUD post IVG in >8 pazienti al mese	Allegare numero di IUD inseriti post IVG alla Relazione Finale
5	3	Clinical governance	M	Numero di pazienti residenti presso il Centro di Accoglienza per Richiedenti Asilo (CARA) arruolate per contraccezione	Arruolamento contraccettivo di almeno una donna al mese	Allegare numero di pazienti residenti presso il CARA, arruolate per contraccezione

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI**

**OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023**

DIPARTIMENTO Dipartimento Gestione Avanzata Rischio Riproduttivo e Gravidanze a Rischio

UNITA' OPERATIVA **UOSVD Pianificazione Familiare Osp. Di Venere**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Clinical governance	A	Numero sedute IVG farmacologiche per IVG e Aborti spontanei	Predisposizione di 4 sedute settimanali di IVG farmacologiche	Allegare numero di sedute farmacologiche alla Relazione Finale
2	3	Clinical governance	M	Numero pazienti reclutate dai consultori	Reclutamento di almeno 12 pazienti al mese mediante invio diretto dai consultori familiari	Allegare numero di pazienti giunte tramite consultorio alla Relazione Finale
3	3	Clinical governance	M	Numero pazienti inviate ai consultori post IVG	Invio di almeno 20 pazienti al mese ai consultori familiari per la contraccezione orale gratuita post IVG	Allegare il numero di pazienti inviate a contraccezione al consultorio post IVG
4	3	Clinical governance	M	Prevenzione delle recidive di IVG con contraccezione orale o meccanica: N. pazienti	>15 pazienti al mese	Allegare prospetto numero di pazienti seguiti mensilmente alla Relazione Finale
5	3	Clinical governance	M	Ambulatorio generale: N. pazienti/mese	Almeno 12 pazienti al mese	Allegare N di Prestazioni alla Relazione Finale

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI**

**OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023**

DIPARTIMENTO Dipartimento di Emergenza-Urgenza

UNITA' OPERATIVA UOC S.E.T. - 118

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture	Giorni liquidazione fattura ≤ 40 dalla registrazione	Obiettivo rimodulabile in corso d'anno sulla base degli esiti previsti dalla Legge N.145/2018 e D.G.R. N. 1487/2019Certificato dall'AGRF
2	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione	Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dal Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2022-2024 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
3	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Trasparenza	Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui al Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2022-2024	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009
4	3	Efficienza organizzativa	B	Monitoraggio delle attività delle associazioni di volontariato	Report trimestrale	Da allegare alla Relazione finale
5	3 4	Formazione	M	Piano di formazione obbligatoria biennale BLSO e ALS per le UU.OO. del Dipartimento di Emergenza-Urgenza e per il personale delle Sale Operatorie	Almeno n.15 corsi BLSO e n. 8 corsi ALS	Coordinato dal Centro di Formazione per l'Emergenza.Nella Relazione finale indicare date, sedi e partecipanti
6	3	Formazione	M	Organizzazione corsi per la Gestione avanzata delle vie aeree per le UU.OO. dei Presidi Ospedalieri	Almeno 5 corsi per UU.OO. diverse rispetto al 2022	Coordinato dal Centro di Formazione per l'Emergenza.Nella Relazione finale indicare date, sedi e partecipanti
7	3	Formazione	M	Organizzazione corsi per PTC avanzato per personale del 118 e delle UU.OO. Ospedaliere	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 Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI**

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023

DIPARTIMENTO Dipartimento di Emergenza-Urgenza

UNITA' OPERATIVA **UOC Medicina e Chirurgia Accett. e Urgenza Osp. San Paolo**

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	2023 ≤ 2022	
4 # 4	Clinical governance	M	% Accessi seguiti da ricovero	2023 ≤ 2022	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

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**



**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI**

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023

DIPARTIMENTO Dipartimento di Emergenza-Urgenza

UNITA' OPERATIVA UOSVD Medicina e Chirurgia Accett. e Urgenza Osp. Molfetta

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 4	Clinical governance	M	% Abbandoni da P.S.	< 5.5%	
2 # 3 4	Clinical governance	A	% Ricoveri da P.S. in Reparti chirurgici con DRG Chirurgico alla dimissione	> 65%	Escluso i ricoveri nelle UU.OO. di Ginecologia ed Ostetricia
3 # 3 4	Clinical governance	A	% ricoveri in regime di urgenza nelle UU.OO. di Area Medica attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza	2023 ≤ 2022	
4 # 4	Clinical governance	M	% Accessi seguiti da ricovero	2023 ≤ 2022	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

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI**

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023

DIPARTIMENTO Dipartimento di Emergenza-Urgenza

UNITA' OPERATIVA **UOSVD Medicina e Chirurgia Accett. e Urgenza Osp. Corato**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 4	Clinical governance	M	% Abbandoni da P.S.	< 4.5%	
2 # 3 4	Clinical governance	A	% Ricoveri da P.S. in Reparti chirurgici con DRG Chirurgico alla dimissione	> 65%	Escluso i ricoveri nelle UU.OO. di Ginecologia ed Ostetricia
3 # 3 4	Clinical governance	A	% ricoveri in regime di urgenza nelle UU.OO. di Area Medica attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza	2023 ≤ 2022	
4 # 4	Clinical governance	M	% Accessi seguiti da ricovero	2023 ≤ 2022	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

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI**

**OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023**

DIPARTIMENTO Dipartimento di Emergenza-Urgenza

UNITA' OPERATIVA **UOC Medicina e Chirurgia Accett. e Urgenza Osp. Di Venere**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 4	Clinical governance	M	% Abbandoni da P.S.	< 5.5%	
2 # 3 4	Clinical governance	A	% Ricoveri da P.S. in Reparti chirurgici con DRG Chirurgico alla dimissione	> 65%	Escluso i ricoveri nelle UU.OO. di Ginecologia ed Ostetricia
3 # 3 4	Clinical governance	A	% ricoveri in regime di urgenza nelle UU.OO. di Area Medica attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza	2023 ≤ 2022	
4 # 4	Clinical governance	M	% Accessi seguiti da ricovero	2023 ≤ 2022	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

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI**

**OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023**

DIPARTIMENTO Dipartimento di Emergenza-Urgenza

UNITA' OPERATIVA **UOC Medicina e Chirurgia Accett. e Urgenza Osp. della Murgia**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 4	Clinical governance	M	% Abbandoni da P.S.	< 5.5%	
2 # 3 4	Clinical governance	A	% Ricoveri da P.S. in Reparti chirurgici con DRG Chirurgico alla dimissione	> 65%	Escluso i ricoveri nelle UU.OO. di Ginecologia ed Ostetricia
3 # 3 4	Clinical governance	A	% ricoveri in regime di urgenza nelle UU.OO. di Area Medica attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza	2023 ≤ 2022	
4 # 4	Clinical governance	M	% Accessi seguiti da ricovero	2023 ≤ 2022	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

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI**

**OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023**

DIPARTIMENTO Dipartimento di Emergenza-Urgenza

UNITA' OPERATIVA **UOC Medicina e Chirurgia Accett. e Urgenza Osp. Monopoli**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 4	Clinical governance	M	% Abbandoni da P.S.	< 5.5%	
2 # 3 4	Clinical governance	A	% Ricoveri da P.S. in Reparti chirurgici con DRG Chirurgico alla dimissione	> 65%	Escluso i ricoveri nelle UU.OO. di Ginecologia ed Ostetricia
3 # 3 4	Clinical governance	A	% ricoveri in regime di urgenza nelle UU.OO. di Area Medica attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza	2023 ≤ 2022	
4 # 4	Clinical governance	M	% Accessi seguiti da ricovero	2023 ≤ 2022	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

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI**

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023

DIPARTIMENTO Dipartimento di Emergenza-Urgenza

UNITA' OPERATIVA **UOSVD Medicina e Chirurgia Accett. e Urgenza Osp. Putignano**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 4	Clinical governance	M	% Abbandoni da P.S.	< 4.5%	
2 # 3 4	Clinical governance	A	% Ricoveri da P.S. in Reparti chirurgici con DRG Chirurgico alla dimissione	> 65%	Escluso i ricoveri nelle UU.OO. di Ginecologia ed Ostetricia
3 # 3 4	Clinical governance	A	% ricoveri in regime di urgenza nelle UU.OO. di Area Medica attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza	2023 ≤ 2022	
4 # 4	Clinical governance	M	% Accessi seguiti da ricovero	2023 ≤ 2022	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

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI**

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023

DIPARTIMENTO Dipartimento di Anestesia e Rianimazione

UNITA' OPERATIVA UOSVD Medicina Iperbarica Osp. San Paolo

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Miglioramento della qualità assistenziale	A	Elaborazione della procedura relativa all'accesso alle prestazioni ambulatoriali degli utenti	Invio del Protocollo alla Direzione Medica di Presidio	Allegare alla Relazione finale la documentazione relativa all'invio della documentazione
2	3	Miglioramento della qualità assistenziale	A	Elaborazione della procedura per la gestione del paziente critico che necessita di O.T.I.	Invio con mail del Protocollo all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Obiettivo condiviso tra l'U.O. di Anestesia e Rianimazione del P.O. San Paolo e l'U.O. di Medicina Iperbarica. Allegare alla Relazione finale la documentazione relativa all'invio della documentazione
3	3	Formazione	M	Organizzazione di corso di formazione ECM sull'utilizzo dell'O.T.I come terapia adiuvante nelle patologie acute e croniche rivolto ai MMG	Organizzazione evento	Nella Relazione finale indicare date e numero partecipanti
4	2 4	Appropriatezza setting assistenziale	B	Report trimestrale 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 operativa	B	Report trimestrale sulle patologie trattate con indicazione indilazionabili urgenti e primarie distinte per tipologia e provenienza ASL del paziente	Elaborazione dei Report	Da inviare all'U.O. Controllo di Gestione

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023

DIPARTIMENTO Dipartimento di Anestesia e Rianimazione  
 UNITA' OPERATIVA UOC Anestesia e Rianimazione Osp. San Paolo

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3 4	Clinical governance	A	% Pazienti con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 48 ore dal ricovero in regime ordinario in pazienti > 65 anni	> 80%	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Ortopedia e le UU.OO. di Anestesia e Rianimazione
2 4 2	Donazione Organi e/o Tessuti	B	N. donazioni/N. accertamenti morte cerebrale	2023 ≥ 2022	Dati forniti dalla Commissione Trapianti ASL BA
3 3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulle Raccomandazioni n. 6 e 16	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 675/2019	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. Di Anestesia (Ospedali con punto nascita), Ostetricia e Pediatria/UTIN. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
4 3	Formazione	B	Organizzazione di corso di formazione aziendale sulla prevenzione ed il controllo delle infezioni correlate all'assistenza in Terapia Intensiva e Subintensiva	Organizzazione evento	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Anestesia e Rianimazione, Cardiologia, Pneumologia e l'U.O. di Malattie Infettive. Nella Relazione finale indicare date e numero partecipanti
5 # 3	Miglioramento della qualità assistenziale	A	Percentuale di parti vaginali con Partoanalgesia	Almeno 20%	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Ginecologia e Ostetricia e le UU.OO. di Anestesia e Rianimazione
6 3	Clinical governance	M	Redazione di una Procedura aziendale per la gestione dell'emergenza intraospedaliera	Invio della procedura all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Anestesia e Rianimazione. Allegare alla Relazione finale la documentazione relativa all'invio della documentazione
7 3	Miglioramento della qualità assistenziale	A	Elaborazione della procedura per la gestione del paziente critico che necessita di O.T.I.	Invio con mail del Protocollo all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Obiettivo condiviso tra l'U.O. di Anestesia e Rianimazione del P.O. San Paolo e l'U.O. di Medicina Iperbarica. Allegare alla Relazione finale la documentazione relativa all'invio della documentazione

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**



**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI**

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023

DIPARTIMENTO Dipartimento di Anestesia e Rianimazione  
 UNITA' OPERATIVA UOSVD Anestesia e Rianimazione Osp. Molfetta

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3 4	Clinical governance	A	% Pazienti con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 48 ore dal ricovero in regime ordinario in pazienti > 65 anni	> 80%	
2 3	Formazione	B	Organizzazione di corso di formazione aziendale sulla prevenzione ed il controllo delle infezioni correlate all'assistenza in Terapia Intensiva e Subintensiva	Organizzazione evento	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Anestesia e Rianimazione, Cardiologia, Pneumologia e l'U.O. di Malattie Infettive. Nella Relazione finale indicare date e numero partecipanti
3 3	Clinical governance	M	Redazione di una Procedura aziendale per la gestione dell'emergenza intraospedaliera	Invio della procedura all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Anestesia e Rianimazione. Allegare alla Relazione finale la documentazione relativa all'invio della documentazione

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI**

**OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023**

DIPARTIMENTO Dipartimento di Anestesia e Rianimazione  
 UNITA' OPERATIVA **UOC Anestesia e Rianimazione Osp. Corato**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Miglioramento della qualità assistenziale	A	Percentuale di parti vaginali con Partoanalgesia	Almeno 20%	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Ginecologia e Ostetricia e le UU.OO. di Anestesia e Rianimazione
2 3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulle Raccomandazioni n. 6 e 16	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 675/2019	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. Di Anestesia (Ospedali con punto nascita), Ostetricia e Pediatria/UTIN. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
3 3	Formazione	B	Organizzazione di corso di formazione aziendale sulla prevenzione ed il controllo delle infezioni correlate all'assistenza in Terapia Intensiva e Subintensiva	Organizzazione evento	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Anestesia e Rianimazione, Cardiologia, Pneumologia e l'U.O. di Malattie Infettive. Nella Relazione finale indicare date e numero partecipanti
4 3	Clinical governance	M	Redazione di una Procedura aziendale per la gestione dell'emergenza intraospedaliera	Invio della procedura all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Anestesia e Rianimazione. Allegare alla Relazione finale la documentazione relativa all'invio della documentazione

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI**

**OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023**

DIPARTIMENTO Dipartimento di Anestesia e Rianimazione  
 UNITA' OPERATIVA **UOC Anestesia e Rianimazione Osp. Di Venere**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3 4	Clinical governance	A	% Pazienti con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 48 ore dal ricovero in regime ordinario in pazienti > 65 anni	> 80%	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Ortopedia e le UU.OO. di Anestesia e Rianimazione
2 4 2	Donazione Organi e/o Tessuti	B	N. donazioni/N. accertamenti morte cerebrale	2023 ≥ 2022	Dati forniti dalla Commissione Trapianti ASL BA
3 3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulle Raccomandazioni n. 6 e 16	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 675/2019	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. Di Anestesia (Ospedali con punto nascita), Ostetricia e Pediatria/UTIN. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
4 3	Formazione	B	Organizzazione di corso di formazione aziendale sulla prevenzione ed il controllo delle infezioni correlate all'assistenza in Terapia Intensiva e Subintensiva	Organizzazione evento	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Anestesia e Rianimazione, Cardiologia, Pneumologia e l'U.O. di Malattie Infettive. Nella Relazione finale indicare date e numero partecipanti
5 # 3	Miglioramento della qualità assistenziale	A	Percentuale di parti vaginali con Partoanalgesia	Almeno 35%	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Ginecologia e Ostetricia e le UU.OO. di Anestesia e Rianimazione
6 3	Clinical governance	M	Redazione di una Procedura aziendale per la gestione dell'emergenza intraospedaliera	Invio della procedura all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Anestesia e Rianimazione. Allegare alla Relazione finale la documentazione relativa all'invio della documentazione

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023

DIPARTIMENTO Dipartimento di Anestesia e Rianimazione

UNITA' OPERATIVA UOC Anestesia e Rianimazione Osp. della Murgia

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3 4	Clinical governance	A	% Pazienti con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 48 ore dal ricovero in regime ordinario in pazienti > 65 anni	> 80%	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Ortopedia e le UU.OO. di Anestesia e Rianimazione
2 4 2	Donazione Organi e/o Tessuti	B	N. donazioni/N. accertamenti morte cerebrale	2023 ≥ 2022	Dati forniti dalla Commissione Trapianti ASL BA
3 3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulle Raccomandazioni n. 6 e 16	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 675/2019	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. Di Anestesia (Ospedali con punto nascita), Ostetricia e Pediatria/UTIN. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
4 3	Formazione	B	Organizzazione di corso di formazione aziendale sulla prevenzione ed il controllo delle infezioni correlate all'assistenza in Terapia Intensiva e Subintensiva	Organizzazione evento	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Anestesia e Rianimazione, Cardiologia, Pneumologia e l'U.O. di Malattie Infettive. Nella Relazione finale indicare date e numero partecipanti
5 # 3	Miglioramento della qualità assistenziale	A	Percentuale di parti vaginali con Partoanalgesia	Almeno 20%	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Ginecologia e Ostetricia e le UU.OO. di Anestesia e Rianimazione
6 3	Clinical governance	M	Redazione di una Procedura aziendale per la gestione dell'emergenza intraospedaliera	Invio della procedura all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Anestesia e Rianimazione. Allegare alla Relazione finale la documentazione relativa all'invio della documentazione

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI**

**OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023**

DIPARTIMENTO Dipartimento di Anestesia e Rianimazione  
 UNITA' OPERATIVA **UOC Anestesia e Rianimazione Osp. Monopoli**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3 4	Clinical governance	A	% Pazienti con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 48 ore dal ricovero in regime ordinario in pazienti > 65 anni	> 80%	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Ortopedia e le UU.OO. di Anestesia e Rianimazione
2 4 2	Donazione Organi e/o Tessuti	B	N. donazioni/N. accertamenti morte cerebrale	2023 ≥ 2022	Dati forniti dalla Commissione Trapianti ASL BA
3 3	Clinical governance	M	Implementazione della Procedura Aziendale sulle Raccomandazioni n. 6 e 16	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura, ai sensi della DDG n. 675/2019	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. Di Anestesia (Ospedali con punto nascita), Ostetricia e Pediatria/UTIN. Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
4 3	Formazione	B	Organizzazione di corso di formazione aziendale sulla prevenzione ed il controllo delle infezioni correlate all'assistenza in Terapia Intensiva e Subintensiva	Organizzazione evento	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Anestesia e Rianimazione, Cardiologia, Pneumologia e l'U.O. di Malattie Infettive. Nella Relazione finale indicare date e numero partecipanti
5 # 3	Miglioramento della qualità assistenziale	A	Percentuale di parti vaginali con Partoanalgesia	Almeno 20%	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Ginecologia e Ostetricia e le UU.OO. di Anestesia e Rianimazione
6 3	Clinical governance	M	Redazione di una Procedura aziendale per la gestione dell'emergenza intraospedaliera	Invio della procedura all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Anestesia e Rianimazione. Allegare alla Relazione finale la documentazione relativa all'invio della documentazione

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023

DIPARTIMENTO Dipartimento di Anestesia e Rianimazione  
 UNITA' OPERATIVA UOSVD Anestesia e Rianimazione Osp. Putignano

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	4 2	Donazione Organi e/o Tessuti	B	N. donazioni/N. accertamenti morte cerebrale	2023 ≥ 2022	Dati forniti dalla Commissione Trapianti ASL BA
2	3	Formazione	B	Organizzazione di corso di formazione aziendale sulla prevenzione ed il controllo delle infezioni correlate all'assistenza in Terapia Intensiva e Subintensiva	Organizzazione evento	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Anestesia e Rianimazione, Cardiologia, Pneumologia e l'U.O. di Malattie Infettive. Nella Relazione finale indicare date e numero partecipanti
3	3	Clinical governance	M	Redazione di una Procedura aziendale per la gestione dell'emergenza intraospedaliera	Invio della procedura all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Anestesia e Rianimazione. Allegare alla Relazione finale la documentazione relativa all'invio della documentazione

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023

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

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Efficienza organizzativa	B	Produzione di un documento su: Autopsia virtuale indirizzi tecnici e organizzativi	Invio del Protocollo elaborato secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Obiettivo in comune tra le UUOO di Radiodiagnostica del Dipartimento Coordinato da UO Radiodiag. Putignano. Allegare documentazione di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale
2	3	Clinical governance	A	Revisione procedure operative per la prevenzione e gestione dello stravasato da mezzo di contrasto	Invio del Protocollo elaborato secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Obiettivo in comune tra le UUOO di Radiodiagnostica del Dipartimento Coordinato da UO Radiodiag. Monopoli. Allegare documentazione di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale
3	3	Formazione	B	Organizzazione di un evento formativo Dipartimentale su: a) Il danno renale e i suoi fattori di rischio dei M.d.C. b) Logica e logistiche del radiofarmaco	Realizzazione dell'evento	Obiettivo in comune tra UU.OO. di Radiodiagnostica del Dipartimento e U.O. Medicina Nucleare. Coordinato da UO Radiodiag. Di Venere. Produzione di documentazione relativa all'evento con titolo, date e sedi da allegare alla Relazione finale
4 #	1 3	Efficienza organizzativa	A	Fatturato prestazioni ambulatoriali esterne	Fatturato prestazioni ambulatoriali esterne 2023=2022	
5	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 Dipartimentale con presa visione della Direzione medica di Presidio	Nelle indagini con mdc le 72 h. decorrono dalla ricezione della richiesta completa di esami ematochimici e/o di eventuali preparazione antiallergica.
6	3	Clinical governance	M	Elaborazione/revisione procedura aziendale ospedaliera del paziente con Ictus	Invio del Protocollo elaborato secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Obiettivo in comune tra le UUOO di Radiodiagnostica del Dipartimento e le UUOO di Neurologia. Coordinato da UO Radiodiag. Di Venere. Allegare documentazione di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023

DIPARTIMENTO Dipartimento della Radiodiagnostica  
 UNITA' OPERATIVA UOC Radiodiagnostica Osp. Di Venere

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Efficienza organizzativa	B	Produzione di un documento su: Autopsia virtuale indirizzi tecnici e organizzativi	Invio del Protocollo elaborato secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Obiettivo in comune tra le UUOO di Radiodiagnostica del Dipartimento Coordinato da UO Radiodiag. Putignano. Allegare documentazione di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale
2	3	Clinical governance	A	Revisione procedure operative per la prevenzione e gestione dello stravasato da mezzo di contrasto	Invio del Protocollo elaborato secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Obiettivo in comune tra le UUOO di Radiodiagnostica del Dipartimento Coordinato da UO Radiodiag. Monopoli. Allegare documentazione di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale
3	3	Formazione	B	Organizzazione di un evento formativo Dipartimentale su: a) Il danno renale e i suoi fattori di rischio dei M.d.C. b) Logica e logistiche del radiofarmaco	Realizzazione dell'evento	Obiettivo in comune tra UU.OO. di Radiodiagnostica del Dipartimento e U.O. Medicina Nucleare. Coordinato da UO Radiodiag. Di Venere. Produzione di documentazione relativa all'evento con titolo, date e sedi da allegare alla Relazione finale
4 #	1 3	Efficienza organizzativa	A	Fatturato prestazioni ambulatoriali esterne	Fatturato prestazioni ambulatoriali esterne 2023=2022	
5	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 Dipartimentale con presa visione della Direzione medica di Presidio	Nelle indagini con mdc le 72 h. decorrono dalla ricezione della richiesta completa di esami ematochimici e/o di eventuali preparazione antiallergica.
6	3	Clinical governance	M	Elaborazione/revisione procedura aziendale ospedaliera del paziente con Ictus	Invio del Protocollo elaborato secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Obiettivo in comune tra le UUOO di Radiodiagnostica del Dipartimento e le UUOO di Neurologia. Coordinato da UO Radiodiag. Di Venere. Allegare documentazione di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**



AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023

DIPARTIMENTO Dipartimento della Radiodiagnostica  
 UNITA' OPERATIVA UOC Medicina Nucleare Osp. Di Venere

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Efficienza organizzativa	A	Numero di prestazioni Ecotomografiche	Fatturato prestazioni ambulatoriali esterne 2023=2022	
2 3	Clinical governance	M	Protocollo operativo per la preparazione e controlli di qualità sui radiofarmaci neurotropi	Invio della procedura secondo DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Allegare documentazione di invio alla Relazione finale
3 3	Clinical governance	M	Protocollo operativo per la esecuzione di indagini con radiofarmaci neurotropi	Invio della procedura secondo DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Allegare documentazione di invio alla Relazione finale
4 3	Formazione	B	Organizzazione di un evento formativo Dipartimentale su: a) Il danno renale e i suoi fattori di rischio dei M.d.C. b) Logica e logistiche del radiofarmaco	Realizzazione dell'evento	Obiettivo in comune tra UU.OO. di Radiodiagnostica del Dipartimento e U.O. Medicina Nucleare. Coordinato da UO Radiodiag. Di Venere. Produzione di documentazione relativa all'evento con titolo, date e sedi da allegare alla Relazione finale

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo. Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI**

**OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023**

DIPARTIMENTO Dipartimento della Radiodiagnostica  
 UNITA' OPERATIVA **UOC Radiodiagnostica Osp. della Murgia**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Efficienza organizzativa	A	Produzione e revisione delle procedure di giustificazione delle indagini di Diagnostica eseguita dai TSRM alla luce del D.L.31.7.2021 n.101	Invio con mail del Protocollo elaborato secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Obiettivo in comune tra UU.OO. di Radiodiagnostica. Allegare mail di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale
2	3	Clinical governance	A	Standardizzazione delle procedure di utilizzo del M.d.C. in relazione alle reazioni avverse.	Invio con mail del Protocollo elaborato secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Obiettivo in comune tra UU.OO. di Radiodiagnostica. Allegare mail di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale
3	3	Formazione	B	Organizzazione di evento formativo audit interdisciplinare (Neuro, NCH, P.S.) sulla "Stroke unit", per il trattamento dei disturbi cerebrovascolari acuti rivolto al personale medico e di comparto	Realizzazione dell'evento	Obiettivo in comune tra UU.OO. di Radiodiagnostica e U.O. Neurologia P.O. "Di Venere". Produzione di documentazione relativa all'evento con titolo, date e sedi da allegare alla Relazione finale
4 #	1 3	Efficienza organizzativa	A	Fatturato prestazioni ambulatoriali esterne	Fatturato prestazioni ambulatoriali esterne 2023=2022	
5	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.
6	3	Clinical governance	M	Elaborazione/revisione procedura aziendale ospedaliera del paziente con Ictus	Invio del Protocollo elaborato secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Obiettivo in comune tra le UUOO di Radiodiagnostica del Dipartimento e le UUOO di Neurologia. Coordinato da UO Radiodiag. Di Venere. Allegare documentazione di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI**

**OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023**

DIPARTIMENTO Dipartimento della Radiodiagnostica  
 UNITA' OPERATIVA **UOC Radiodiagnostica Osp. Monopoli**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Efficienza organizzativa	A	Produzione e revisione delle procedure di giustificazione delle indagini di Diagnostica eseguita dai TSRM alla luce del D.L.31.7.2021 n.101	Invio con mail del Protocollo elaborato secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Obiettivo in comune tra UU.OO. di Radiodiagnostica. Allegare mail di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale
2	3	Clinical governance	A	Standardizzazione delle procedure di utilizzo del M.d.C. in relazione alle reazioni avverse.	Invio con mail del Protocollo elaborato secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Obiettivo in comune tra UU.OO. di Radiodiagnostica. Allegare mail di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale
3	3	Formazione	B	Organizzazione di evento formativo audit interdisciplinare (Neuro, NCH, P.S.) sulla "Stroke unit", per il trattamento dei disturbi cerebrovascolari acuti rivolto al personale medico e di comparto	Realizzazione dell'evento	Obiettivo in comune tra UU.OO. di Radiodiagnostica e U.O. Neurologia P.O. "Di Venere". Produzione di documentazione relativa all'evento con titolo, date e sedi da allegare alla Relazione finale
4 #	1 3	Efficienza organizzativa	A	Fatturato prestazioni ambulatoriali esterne	Fatturato prestazioni ambulatoriali esterne 2023=2022	
5	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.
6	3	Clinical governance	M	Elaborazione/revisione procedura aziendale ospedaliera del paziente con Ictus	Invio del Protocollo elaborato secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Obiettivo in comune tra le UUOO di Radiodiagnostica del Dipartimento e le UUOO di Neurologia. Coordinato da UO Radiodiag. Di Venere. Allegare documentazione di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI**

**OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023**

DIPARTIMENTO Dipartimento della Radiodiagnostica  
 UNITA' OPERATIVA UOSVD Radiodiagnostica Osp. Putignano

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Efficienza organizzativa	A	Produzione e revisione delle procedure di giustificazione delle indagini di Diagnostica eseguita dai TSRM alla luce del D.L.31.7.2021 n.101	Invio con mail del Protocollo elaborato secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Obiettivo in comune tra UU.OO. di Radiodiagnostica. Allegare mail di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale
2	3	Clinical governance	A	Standardizzazione delle procedure di utilizzo del M.d.C. in relazione alle reazioni avverse.	Invio con mail del Protocollo elaborato secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Obiettivo in comune tra UU.OO. di Radiodiagnostica. Allegare mail di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale
3	3	Formazione	B	Organizzazione di evento formativo audit interdisciplinare (Neuro, NCH, P.S.) sulla "Stroke unit", per il trattamento dei disturbi cerebrovascolari acuti rivolto al personale medico e di comparto	Realizzazione dell'evento	Obiettivo in comune tra UU.OO. di Radiodiagnostica e U.O. Neurologia P.O. "Di Venere". Produzione di documentazione relativa all'evento con titolo, date e sedi da allegare alla Relazione finale
4 #	1 3	Efficienza organizzativa	A	Fatturato prestazioni ambulatoriali esterne	Fatturato prestazioni ambulatoriali esterne 2023=2022	Subordinato all'acquisizione di personale medico e tecnico
5	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.
6	3	Clinical governance	M	Elaborazione/revisione procedura aziendale ospedaliera del paziente con Ictus	Invio del Protocollo elaborato secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Obiettivo in comune tra le UUOO di Radiodiagnostica del Dipartimento e le UUOO di Neurologia. Coordinato da UO Radiodiag. Di Venere. Allegare documentazione di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023

DIPARTIMENTO Dipartimento della Radiodiagnostica

UNITA' OPERATIVA UOSVD Radiodiagnostica Osp. Molfetta

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Efficienza organizzativa	B	Produzione di un documento su: Autopsia virtuale indirizzi tecnici e organizzativi	Invio del Protocollo elaborato secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Obiettivo in comune tra le UUOO di Radiodiagnostica del Dipartimento Coordinato da UO Radiodiag. Putignano. Allegare documentazione di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale
2	3	Clinical governance	A	Revisione procedure operative per la prevenzione e gestione dello stravasato da mezzo di contrasto	Invio del Protocollo elaborato secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Obiettivo in comune tra le UUOO di Radiodiagnostica del Dipartimento Coordinato da UO Radiodiag. Monopoli. Allegare documentazione di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale
3	3	Formazione	B	Organizzazione di un evento formativo Dipartimentale su: a) Il danno renale e i suoi fattori di rischio dei M.d.C. b) Logica e logistiche del radiofarmaco	Realizzazione dell'evento	Obiettivo in comune tra UU.OO. di Radiodiagnostica del Dipartimento e U.O. Medicina Nucleare. Coordinato da UO Radiodiag. Di Venere. Produzione di documentazione relativa all'evento con titolo, date e sedi da allegare alla Relazione finale
4 #	1 3	Efficienza organizzativa	A	Fatturato prestazioni ambulatoriali esterne	Fatturato prestazioni ambulatoriali esterne 2023=2022	
5	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 Dipartimentale con presa visione della Direzione medica di Presidio	Nelle indagini con mdc le 72 h. decorrono dalla ricezione della richiesta completa di esami ematochimici e/o di eventuali preparazione antiallergica.
6	3	Clinical governance	M	Elaborazione/revisione procedura aziendale ospedaliera del paziente con Ictus	Invio del Protocollo elaborato secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Obiettivo in comune tra le UUOO di Radiodiagnostica del Dipartimento e le UUOO di Neurologia. Coordinato da UO Radiodiag. Di Venere. Allegare documentazione di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023

DIPARTIMENTO Dipartimento della Radiodiagnostica  
 UNITA' OPERATIVA UOSVD Radiodiagnostica Osp. Corato

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Efficienza organizzativa	B	Produzione di un documento su: Autopsia virtuale indirizzi tecnici e organizzativi	Invio del Protocollo elaborato secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Obiettivo in comune tra le UUOO di Radiodiagnostica del Dipartimento Coordinato da UO Radiodiag. Putignano. Allegare documentazione di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale
2	3	Clinical governance	A	Revisione procedure operative per la prevenzione e gestione dello stravasato da mezzo di contrasto	Invio del Protocollo elaborato secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Obiettivo in comune tra le UUOO di Radiodiagnostica del Dipartimento Coordinato da UO Radiodiag. Monopoli. Allegare documentazione di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale
3	3	Formazione	B	Organizzazione di un evento formativo Dipartimentale su: a) Il danno renale e i suoi fattori di rischio dei M.d.C. b) Logica e logistiche del radiofarmaco	Realizzazione dell'evento	Obiettivo in comune tra UU.OO. di Radiodiagnostica del Dipartimento e U.O. Medicina Nucleare. Coordinato da UO Radiodiag. Di Venere. Produzione di documentazione relativa all'evento con titolo, date e sedi da allegare alla Relazione finale
4 #	1 3	Efficienza organizzativa	A	Fatturato prestazioni ambulatoriali esterne	Fatturato prestazioni ambulatoriali esterne 2023=2022	
5	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 Dipartimentale con presa visione della Direzione medica di Presidio	Nelle indagini con mdc le 72 h. decorrono dalla ricezione della richiesta completa di esami ematochimici e/o di eventuali preparazione antiallergica.
6	3	Clinical governance	M	Elaborazione/revisione procedura aziendale ospedaliera del paziente con Ictus	Invio del Protocollo elaborato secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Obiettivo in comune tra le UUOO di Radiodiagnostica del Dipartimento e le UUOO di Neurologia. Coordinato da UO Radiodiag. Di Venere. Allegare documentazione di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023

DIPARTIMENTO Dipartimento della Radiodiagnostica

UNITA' OPERATIVA UOSVD Radiodiagnostica Senologica Osp. San Paolo

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Efficienza organizzativa	B	Produzione di un documento su: Autopsia virtuale indirizzi tecnici e organizzativi	Invio del Protocollo elaborato secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Obiettivo in comune tra le UUOO di Radiodiagnostica del Dipartimento Coordinato da UO Radiodiag. Putignano. Allegare documentazione di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale
2	3	Clinical governance	A	Revisione procedure operative per la prevenzione e gestione dello stravasato da mezzo di contrasto	Invio del Protocollo elaborato secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Obiettivo in comune tra le UUOO di Radiodiagnostica del Dipartimento Coordinato da UO Radiodiag. Monopoli. Allegare documentazione di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale
3	3	Formazione	B	Organizzazione di un evento formativo Dipartimentale su: a) Il danno renale e i suoi fattori di rischio dei M.d.C. b) Logica e logistiche del radiofarmaco	Realizzazione dell'evento	Obiettivo in comune tra UU.OO. di Radiodiagnostica del Dipartimento e U.O. Medicina Nucleare. Coordinato da UO Radiodiag. Di Venere. Produzione di documentazione relativa all'evento con titolo, date e sedi da allegare alla Relazione finale
4 #	1 3	Efficienza organizzativa	A	Fatturato prestazioni	Fatturato prestazioni 2023=2022	Fatturato complessivo delle prestazioni di Screening
5	3 4	Miglioramento della qualità assistenziale	M	Posizionamento di clip amagnetica per riconoscimento di lesioni tumorali in pazienti arruolate in Breast Unit e candidate alla chemioterapia neoadiuvante	Almeno il 75% delle arruolate in Breast Unit e candidate alla chemioterapia neoadiuvante	Obiettivo condiviso tra Radiologia Senologica e Oncologia 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 Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI**

**OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023**

DIPARTIMENTO Dipartimento di Medicina di Laboratorio e Trasfusionale

UNITA' OPERATIVA **UOSVD Patologia Clinica Osp. San Paolo**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Formazione	B	Organizzazione di evento formativo su tematiche di Medicina di Laboratorio	Organizzazione di un momento formativo rivolto al personale infermieristico delle UU.OO. Di Patologia Clinica	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Patologia Clinica.
2	3	Clinical governance	A	Attivazione della Rete dei Laboratori della ASL BA secondo il modello Hub-Spoke	Installazione e collaudo strumentazione Gara Service in tutti i Laboratori Hub e Spoke	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. Di Patologia Clinica
3	3	Clinical governance	A	Protocollo operativo per la corretta gestione dei campioni biologici destinati alle UU.OO. di Patologia Clinica	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. Di Patologia Clinica
4	3 4	Clinical governance	M	Inizio applicazione delle procedure di Lean Organization nella Rete dei Laboratori della ASL BA	Stesura della Bozza del Manuale	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. Di Patologia Clinica
5	1	Efficienza organizzativa	A	Attivazione del nuovo software di Gestione del Laboratorio dei Laboratori Analisi Hub e Spoke	Installazione, Collaudo e messa in esercizio della Gara del Service di laboratorio entro il 31/12/2023	Obiettivo condizionato dalla consegna delle macchine da parte delle ditte aggiudicatarie

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**



**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI**

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023

DIPARTIMENTO Dipartimento di Medicina di Laboratorio e Trasfusionale

UNITA' OPERATIVA UOC S.I.M.T. Osp. San Paolo

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3 4	Efficienza operativa	M	Unità di sangue raccolte	2023 ≥ 2022	
2 # 3 1	Efficienza operativa	M	Produzione unità di plasma da destinare alla lavorazione industriale	2023 ≥ 2022	
3 # 3	Efficienza organizzativa	A	Percentuale di Unità di sangue eliminate per cause tecniche	2023 < 2022	Per cause tecniche si intendono: iperdatazione, errori in fase di lavorazione, errori in fase di prelievo
4 3	Sanità digitale	A	Completamento attivazione Software di Gestione della Rete Trasfusionale	Attivazione gestione informatizzata Sicurezza al letto del paziente per le UU.OO. Di degenza dell'Area Medica	Obiettivo comune tra Dipartimento Immunotrasfusionale e UOASSI
5 3	Sanità digitale	A	Completamento attivazione Software di Gestione della Rete Trasfusionale	Attivazione gestione informatizzata portale donatori - Prenotazione accessi donazione	Obiettivo comune tra Dipartimento Immunotrasfusionale e UOASSI
6 4 3	Efficienza operativa	M	Avvio della produzione di Emocomponenti ad uso non trasfusionale		
7 1	Deflazionamento del contenzioso	A	Conclusione della piena applicazione della DDG 1607/2021 e azzeramento del contenzioso per prestazioni aggiuntive pregresse relative alla cessione di sacche di sangue all'esterno	Completamento dell'azzeramento del contenzioso per prestazioni aggiuntive pregresse relative alla cessione di sacche di sangue all'esterno	Obiettivo condiviso tra UU.OO. Trasfusionali, Direzioni Amm.ve di Presidio, con la collaborazione di SBL

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI**

**OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023**

DIPARTIMENTO Dipartimento di Medicina di Laboratorio e Trasfusionale

UNITA' OPERATIVA **UOSVD Sezione Trasfusionale Osp. Molfetta**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3 4	Efficienza operativa	M	Unità di sangue raccolte	2023 ≥ 2022	
2 # 3 1	Efficienza operativa	M	Produzione unità di plasma da destinare alla lavorazione industriale	2023 ≥ 2022	
3 # 3	Efficienza organizzativa	A	Percentuale di Unità di sangue eliminate per cause tecniche	2023 < 2022	Per cause tecniche si intendono: iperdatazione, errori in fase di lavorazione, errori in fase di prelievo
4 3	Sanità digitale	A	Completamento attivazione Software di Gestione della Rete Trasfusionale	Attivazione gestione informatizzata Sicurezza al letto del paziente per le UU.OO. Di degenza dell'Area Medica	Obiettivo comune tra Dipartimento Immunotrasfusionale e UOASSI
5 3	Sanità digitale	A	Completamento attivazione Software di Gestione della Rete Trasfusionale	Attivazione gestione informatizzata portale donatori - Prenotazione accessi donazione	Obiettivo comune tra Dipartimento Immunotrasfusionale e UOASSI
6 4 3	Efficienza operativa	M	Avvio della produzione di Emocomponenti ad uso non trasfusionale		
7 1	Deflazionamento del contenzioso	A	Conclusione della piena applicazione della DDG 1607/2021 e azzeramento del contenzioso per prestazioni aggiuntive pregresse relative alla cessione di sacche di sangue all'esterno	Completamento dell'azzeramento del contenzioso per prestazioni aggiuntive pregresse relative alla cessione di sacche di sangue all'esterno	Obiettivo condiviso tra UU.OO. Trasfusionali, Direzioni Amm.ve di Presidio, con la collaborazione di SBL

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI**

**OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023**

DIPARTIMENTO Dipartimento di Medicina di Laboratorio e Trasfusionale

UNITA' OPERATIVA **UOC Patologia Clinica Osp. Di Venere-Triggiano e UOS Patologia Clinica Osp. Putignano**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Formazione	B	Organizzazione di evento formativo su tematiche di Medicina di Laboratorio	Organizzazione di un momento formativo rivolto al personale infermieristico delle UU.OO. Di Patologia Clinica	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Patologia Clinica.
2	3	Clinical governance	A	Attivazione della Rete dei Laboratori della ASL BA secondo il modello Hub-Spoke	Installazione e collaudo strumentazione Gara Service in tutti i Laboratori Hub e Spoke	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. Di Patologia Clinica
3	3	Clinical governance	A	Protocollo operativo per la corretta gestione dei campioni biologici destinati alle UU.OO. di Patologia Clinica	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. Di Patologia Clinica
4	3 4	Clinical governance	M	Inizio applicazione delle procedure di Lean Organization nella Rete dei Laboratori della ASL BA	Stesura della Bozza del Manuale	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. Di Patologia Clinica
5	1	Efficienza organizzativa	A	Attivazione del nuovo software di Gestione del Laboratorio dei Laboratori Analisi Hub e Spoke	Installazione, Collaudo e messa in esercizio della Gara del Service di laboratorio entro il 31/12/2023	Obiettivo condizionato dalla consegna delle macchine da parte delle ditte aggiudicatarie

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI**

**OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023**

DIPARTIMENTO Dipartimento di Medicina di Laboratorio e Trasfusionale

UNITA' OPERATIVA **UOC S.I.M.T. Osp. Di Venere**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3 4	Efficienza operativa	M	Unità di sangue raccolte	2023 ≥ 2022	
2 # 3 1	Efficienza operativa	M	Produzione unità di plasma da destinare alla lavorazione industriale	2023 ≥ 2022	
3 # 3	Efficienza organizzativa	A	Percentuale di Unità di sangue eliminate per cause tecniche	2023 < 2022	Per cause tecniche si intendono: iperdatazione, errori in fase di lavorazione, errori in fase di prelievo
4 3	Sanità digitale	A	Completamento attivazione Software di Gestione della Rete Trasfusionale	Attivazione gestione informatizzata Sicurezza al letto del paziente per le UU.OO. Di degenza dell'Area Medica	Obiettivo comune tra Dipartimento Immunotrasfusionale e UOASSI
5 3	Sanità digitale	A	Completamento attivazione Software di Gestione della Rete Trasfusionale	Attivazione gestione informatizzata portale donatori - Prenotazione accessi donazione	Obiettivo comune tra Dipartimento Immunotrasfusionale e UOASSI
6 4 3	Efficienza operativa	M	Avvio della produzione di Emocomponenti ad uso non trasfusionale		
7 1	Deflazionamento del contenzioso	A	Conclusione della piena applicazione della DDG 1607/2021 e azzeramento del contenzioso per prestazioni aggiuntive pregresse relative alla cessione di sacche di sangue all'esterno	Completamento dell'azzeramento del contenzioso per prestazioni aggiuntive pregresse relative alla cessione di sacche di sangue all'esterno	Obiettivo condiviso tra UU.OO. Trasfusionali, Direzioni Amm.ve di Presidio, con la collaborazione di SBL

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI**

**OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023**

DIPARTIMENTO Dipartimento di Medicina di Laboratorio e Trasfusionale

UNITA' OPERATIVA **UOSVD Citopatologia e Screening Osp. Di Venere**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	4	Formazione	B	Realizzazione Evento ECM	Realizzazione evento entro il 31/12/2023	Nella Relazione finale indicare data, luogo, sede
2	3	Potenziamento screening oncologici	A	Screening Carcinoma Cervice Uterina: Monitoraggio della mancata applicazione delle indicazioni della DGR 748/22 da parte delle Strutture afferenti	Report trimestrale delle non conformità da inviare alla Direzione Sanitaria: quantità e Strutture interessate	Allegare alla Relazione finale la documentazione relativa all'invio
3	4 2	Potenziamento screening oncologici	A	Screening Carcinoma Cervice Uterina: Applicazione delle procedure di controllo di qualità interno ed esterno previste dal GISCI per il nuovo algoritmo di screening	Report semestrale per HPV, citologia e istologia alla Direzione Sanitaria	Allegare alla Relazione finale la documentazione relativa all'invio
4	2 4	Potenziamento screening oncologici	A	Screening Carcinoma Cervice Uterina: Tempo di refertazione della diagnostica HPV primario	≤ 21 gg.	Standard GISCI

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI**

**OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023**

DIPARTIMENTO Dipartimento di Medicina di Laboratorio e Trasfusionale

UNITA' OPERATIVA **UOSVD Patologia Clinica Osp. della Murgia**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Formazione	B	Organizzazione di evento formativo su tematiche di Medicina di Laboratorio	Organizzazione di un momento formativo rivolto al personale infermieristico delle UU.OO. Di Patologia Clinica	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Patologia Clinica.
2	3	Clinical governance	A	Attivazione della Rete dei Laboratori della ASL BA secondo il modello Hub-Spoke	Installazione e collaudo strumentazione Gara Service in tutti i Laboratori Hub e Spoke	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. Di Patologia Clinica
3	3	Clinical governance	A	Protocollo operativo per la corretta gestione dei campioni biologici destinati alle UU.OO. di Patologia Clinica	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. Di Patologia Clinica
4	3 4	Clinical governance	M	Inizio applicazione delle procedure di Lean Organization nella Rete dei Laboratori della ASL BA	Stesura della Bozza del Manuale	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. Di Patologia Clinica

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI**

**OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023**

DIPARTIMENTO Dipartimento di Medicina di Laboratorio e Trasfusionale

UNITA' OPERATIVA **UOSVD Patologia Clinica Osp. Monopoli**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Formazione	B	Organizzazione di evento formativo su tematiche di Medicina di Laboratorio	Organizzazione di un momento formativo rivolto al personale infermieristico delle UU.OO. Di Patologia Clinica	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Patologia Clinica.
2	3	Clinical governance	A	Attivazione della Rete dei Laboratori della ASL BA secondo il modello Hub-Spoke	Installazione e collaudo strumentazione Gara Service in tutti i Laboratori Hub e Spoke	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. Di Patologia Clinica
3	3	Clinical governance	A	Protocollo operativo per la corretta gestione dei campioni biologici destinati alle UU.OO. di Patologia Clinica	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. Di Patologia Clinica
4	3 4	Clinical governance	M	Inizio applicazione delle procedure di Lean Organization nella Rete dei Laboratori della ASL BA	Stesura della Bozza del Manuale	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. Di Patologia Clinica
5	1	Efficienza organizzativa	A	Attivazione del nuovo software di Gestione del Laboratorio dei Laboratori Analisi Hub e Spoke	Installazione, Collaudo e messa in esercizio della Gara del Service di laboratorio entro il 31/12/2023	Obiettivo condizionato dalla consegna delle macchine da parte delle ditte aggiudicatarie

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI**

**OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023**

DIPARTIMENTO Dipartimento di Medicina di Laboratorio e Trasfusionale

UNITA' OPERATIVA **UOSVD Sezione Trasfusionale Osp. Monopoli (con Artic. Org. Putignano)**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3 4	Efficienza operativa	M	Unità di sangue raccolte	2023 ≥ 2022	
2 # 3 1	Efficienza operativa	M	Produzione unità di plasma da destinare alla lavorazione industriale	2023 ≥ 2022	
3 # 3	Efficienza organizzativa	A	Percentuale di Unità di sangue eliminate per cause tecniche	2023 < 2022	Per cause tecniche si intendono: iperdatazione, errori in fase di lavorazione, errori in fase di prelievo
4 3	Sanità digitale	A	Completamento attivazione Software di Gestione della Rete Trasfusionale	Attivazione gestione informatizzata Sicurezza al letto del paziente per le UU.OO. Di degenza dell'Area Medica	Obiettivo comune tra Dipartimento Immunotrasfusionale e UOASSI
5 3	Sanità digitale	A	Completamento attivazione Software di Gestione della Rete Trasfusionale	Attivazione gestione informatizzata portale donatori - Prenotazione accessi donazione	Obiettivo comune tra Dipartimento Immunotrasfusionale e UOASSI
6 4 3	Efficienza operativa	M	Avvio della produzione di Emocomponenti ad uso non trasfusionale		
7 1	Deflazionamento del contenzioso	A	Conclusione della piena applicazione della DDG 1607/2021 e azzeramento del contenzioso per prestazioni aggiuntive pregresse relative alla cessione di sacche di sangue all'esterno	Completamento dell'azzeramento del contenzioso per prestazioni aggiuntive pregresse relative alla cessione di sacche di sangue all'esterno	Obiettivo condiviso tra UU.OO. Trasfusionali, Direzioni Amm.ve di Presidio, con la collaborazione di SBL

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**



**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI**

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023

DIPARTIMENTO Dipartimento di Medicina di Laboratorio e Trasfusionale

UNITA' OPERATIVA UOSVD Sezione Trasfusionale Osp. della Murgia

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3 4	Efficienza operativa	M	Unità di sangue raccolte	2023 ≥ 2022	
2 # 3 1	Efficienza operativa	M	Produzione unità di plasma da destinare alla lavorazione industriale	2023 ≥ 2022	
3 # 3	Efficienza organizzativa	A	Percentuale di Unità di sangue eliminate per cause tecniche	2023 < 2022	Per cause tecniche si intendono: iperdatazione, errori in fase di lavorazione, errori in fase di prelievo
4 3	Sanità digitale	A	Completamento attivazione Software di Gestione della Rete Trasfusionale	Attivazione gestione informatizzata Sicurezza al letto del paziente per le UU.OO. Di degenza dell'Area Medica	Obiettivo comune tra Dipartimento Immunotrasfusionale e UOASSI
5 3	Sanità digitale	A	Completamento attivazione Software di Gestione della Rete Trasfusionale	Attivazione gestione informatizzata portale donatori - Prenotazione accessi donazione	Obiettivo comune tra Dipartimento Immunotrasfusionale e UOASSI
6 4 3	Efficienza operativa	M	Avvio della produzione di Emocomponenti ad uso non trasfusionale		
7 1	Deflazionamento del contenzioso	A	Conclusione della piena applicazione della DDG 1607/2021 e azzeramento del contenzioso per prestazioni aggiuntive pregresse relative alla cessione di sacche di sangue all'esterno	Completamento dell'azzeramento del contenzioso per prestazioni aggiuntive pregresse relative alla cessione di sacche di sangue all'esterno	Obiettivo condiviso tra UU.OO. Trasfusionali, Direzioni Amm.ve di Presidio, con la collaborazione di SBL

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI**

**OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023**

DIPARTIMENTO Dipartimento di Medicina di Laboratorio e Trasfusionale

UNITA' OPERATIVA **UOSVD Patologia Clinica Osp. Molfetta**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Formazione	B	Organizzazione di evento formativo su tematiche di Medicina di Laboratorio	Organizzazione di un momento formativo rivolto al personale infermieristico delle UU.OO. Di Patologia Clinica	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Patologia Clinica.
2	3	Clinical governance	A	Attivazione della Rete dei Laboratori della ASL BA secondo il modello Hub-Spoke	Installazione e collaudo strumentazione Gara Service in tutti i Laboratori Hub e Spoke	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. Di Patologia Clinica
3	3	Clinical governance	A	Protocollo operativo per la corretta gestione dei campioni biologici destinati alle UU.OO. di Patologia Clinica	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. Di Patologia Clinica
4	3 4	Clinical governance	M	Inizio applicazione delle procedure di Lean Organization nella Rete dei Laboratori della ASL BA	Stesura della Bozza del Manuale	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. Di Patologia Clinica
5	1	Efficienza organizzativa	A	Attivazione del nuovo software di Gestione del Laboratorio dei Laboratori Analisi Hub e Spoke	Installazione, Collaudo e messa in esercizio della Gara del Service di laboratorio entro il 31/12/2023	Obiettivo condizionato dalla consegna delle macchine da parte delle ditte aggiudicatarie

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI**

**OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023**

DIPARTIMENTO Dipartimento di Medicina di Laboratorio e Trasfusionale

UNITA' OPERATIVA **UOSVD Patologia Clinica Osp. Corato**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Formazione	B	Organizzazione di evento formativo su tematiche di Medicina di Laboratorio	Organizzazione di un momento formativo rivolto al personale infermieristico delle UU.OO. Di Patologia Clinica	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Patologia Clinica.
2	3	Clinical governance	A	Attivazione della Rete dei Laboratori della ASL BA secondo il modello Hub-Spoke	Installazione e collaudo strumentazione Gara Service in tutti i Laboratori Hub e Spoke	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. Di Patologia Clinica
3	3	Clinical governance	A	Protocollo operativo per la corretta gestione dei campioni biologici destinati alle UU.OO. di Patologia Clinica	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. Di Patologia Clinica
4	3 4	Clinical governance	M	Inizio applicazione delle procedure di Lean Organization nella Rete dei Laboratori della ASL BA	Stesura della Bozza del Manuale	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. Di Patologia Clinica
5	1	Efficienza organizzativa	A	Attivazione del nuovo software di Gestione del Laboratorio dei Laboratori Analisi Hub e Spoke	Installazione, Collaudo e messa in esercizio della Gara del Service di laboratorio entro il 31/12/2023	Obiettivo condizionato dalla consegna delle macchine da parte delle ditte aggiudicatarie

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI**

**OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023**

DIPARTIMENTO Dipartimento di Medicina di Laboratorio e Trasfusionale

UNITA' OPERATIVA **UOSVD Laboratorio Provinciale di Microbiologia e Virologia Osp. Di Venere**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Formazione	B	Organizzazione di evento formativo su tematiche di Microbiologia e Virologia	Organizzazione di un momento formativo rivolto al personale infermieristico delle UU.OO. Di Patologia Clinica	
2	3	Clinical governance	A	Attivazione del Laboratorio provinciale di Microbiologia e Virologia	Comunicazione alla Direzione Sanitaria Aziendale dell'avvenuta attivazione	
3	3	Clinical governance	A	Protocollo operativo per la corretta gestione dei campioni Microbiologici	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale	
4	3	Efficienza organizzativa	M	Trasferimento e attivazione del Laboratorio per la diagnostica della Tuberculosis presso la U.O.S.V.D.	Comunicazione alla Direzione Sanitaria Aziendale dell'avvenuto trasferimento	Allegare comunicazione all Relazione finale

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI**

**OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023**

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	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 inappropriata prescrizione 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) 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 3	Misure per il contenimento della spesa farmaceutica	M	Monitoraggio, Analisi e Controllo per DSS 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.
6	1	Controllo della spesa	A	Monitoraggio e controllo dell'appropriatezza delle prescrizioni effettuate da medici prescrittori aziendali per l'incremento dell'utilizzo di farmaci biosimilari o comunque a più basso costo 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
7	3	Efficienza operativa	A	Ispezioni presso le farmacie pubbliche e private convenzionate, parafarmacie e distributori all'ingrosso Monitoraggio e verifica del rispetto della normativa vigente nazionale e regionale in materia di vigilanza ispettiva	Numero di ispezioni ≥ 20	

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

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

\* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

\*\* Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023

DIPARTIMENTO Dipartimento Gestione del Farmaco

UNITA' OPERATIVA UOSVD Farmacia Ospedaliera Osp. San Paolo

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Trasmissione bolle caricate in Euis alla Direzione Amministrativa di Presidio nei modi e tempi utili alla liquidazione entro 40 giorni	100% bolle al netto delle bolle relative al materiale di dialisi peritoneale domiciliare	Obiettivo certificato dalla Direzione Amministrativa di Presidio
2	3 1	Misure per la razionalizzazione degli acquisti di beni sanitari	B	Inventario entro il mese di Settembre e di Dicembre del deposito farmaceutico della U.O. Farmacia e delle singole UU.OO. del Presidio secondo le indicazioni del Direttore del Dipartimento	Elaborazione di N. 2 Report (Settembre e Dicembre)	Report da analizzare durante le riunioni del Dipartimento con Relazione da parte del Direttore del Dipartimento da allegare alla Relazione finale
3	1	Controllo della spesa	A	Monitoraggio e controllo dell'appropriatezza delle prescrizioni effettuate da medici prescrittori aziendali per l'incremento dell'utilizzo di farmaci biosimilari nel rispetto delle delibere e delle circolari regionali	Report annuale dei controlli periodici e verbali degli incontri svolti con i medici prescrittori aziendali responsabili di comportamenti anomali	es.: DD.G.R.n.699/2017, n.983/2018, n.1188/2019In collaborazione con la U.O. Farmacia Territoriale
4	3 1	Efficienza organizzativa	M	Organizzazione di incontri semestrali con le singole UU.OO. Sull'andamento della spesa per beni sanitari	N. 2 Verbali incontri	Incontri da organizzare con le DPO e le Direzioni Amministrative.Da allegare alla Relazione finale
5	3	Efficienza organizzativa	A	Controlli ispettivi presso le UU.OO. Ospedaliere mediante l'utilizzo di check list validate dal Direttore del Dipartimento Gestione del Farmaco	Almeno un controllo annuale per U.O.	Nella Relazione finale riportare documentazione relativa all'invio dei verbali di ispezione

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

\* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

\*\* Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023

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 alla liquidazione entro 40 giorni	100% bolle al netto delle bolle relative al materiale di dialisi peritoneale domiciliare	Obiettivo certificato dalla Direzione Amministrativa di Presidio
2	3 1	Misure per la razionalizzazione degli acquisti di beni sanitari	B	Inventario entro il mese di Settembre e di Dicembre del deposito farmaceutico della U.O. Farmacia e delle singole UU.OO. del Presidio secondo le indicazioni del Direttore del Dipartimento	Elaborazione di N. 2 Report (Settembre e Dicembre)	Report da analizzare durante le riunioni del Dipartimento con Relazione da parte del Direttore del Dipartimento da allegare alla Relazione finale
3	1	Controllo della spesa	A	Monitoraggio e controllo dell'appropriatezza delle prescrizioni effettuate da medici prescrittori aziendali per l'incremento dell'utilizzo di farmaci biosimilari nel rispetto delle delibere e delle circolari regionali	Report annuale dei controlli periodici e verbali degli incontri svolti con i medici prescrittori aziendali responsabili di comportamenti anomali	es.: DD.G.R.n.699/2017, n.983/2018, n.1188/2019In collaborazione con la U.O. Farmacia Territoriale
4	3 1	Efficienza organizzativa	M	Organizzazione di incontri semestrali con le singole UU.OO. Sull'andamento della spesa per beni sanitari	N. 2 Verbali incontri	Incontri da organizzare con le DPO e le Direzioni Amministrative.Da allegare alla Relazione finale
5	3	Efficienza organizzativa	A	Controlli ispettivi presso le UU.OO. Ospedaliere mediante l'utilizzo di check list validate dal Direttore del Dipartimento Gestione del Farmaco	Almeno un controllo annuale per U.O.	Nella Relazione finale riportare documentazione relativa all'invio dei verbali di ispezione
6	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione	Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dal Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2022-2024 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Obiettivo riferito all'intero Dipartimento Gestione del Farmaco. Certificato da RPCT
7	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Trasparenza	Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui al Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2022-2024	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

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

\* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

\*\* Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023

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 alla liquidazione entro 40 giorni	100% bolle al netto delle bolle relative al materiale di dialisi peritoneale domiciliare	Obiettivo certificato dalla Direzione Amministrativa di Presidio
2	3 1	Misure per la razionalizzazione degli acquisti di beni sanitari	B	Inventario entro il mese di Settembre e di Dicembre del deposito farmaceutico della U.O. Farmacia e delle singole UU.OO. del Presidio secondo le indicazioni del Direttore del Dipartimento	Elaborazione di N. 2 Report (Settembre e Dicembre)	Report da analizzare durante le riunioni del Dipartimento con Relazione da parte del Direttore del Dipartimento da allegare alla Relazione finale
3	1	Controllo della spesa	A	Monitoraggio e controllo dell'appropriatezza delle prescrizioni effettuate da medici prescrittori aziendali per l'incremento dell'utilizzo di farmaci biosimilari nel rispetto delle delibere e delle circolari regionali	Report annuale dei controlli periodici e verbali degli incontri svolti con i medici prescrittori aziendali responsabili di comportamenti anomali	es.: DD.G.R.n.699/2017, n.983/2018, n.1188/2019In collaborazione con la U.O. Farmacia Territoriale
4	3 1	Efficienza organizzativa	M	Organizzazione di incontri semestrali con le singole UU.OO. Sull'andamento della spesa per beni sanitari	N. 2 Verbali incontri	Incontri da organizzare con le DPO e le Direzioni Amministrative.Da allegare alla Relazione finale
5	3	Efficienza organizzativa	A	Controlli ispettivi presso le UU.OO. Ospedaliere mediante l'utilizzo di check list validate dal Direttore del Dipartimento Gestione del Farmaco	Almeno un controllo annuale per U.O.	Nella Relazione finale riportare documentazione relativa all'invio dei verbali di ispezione

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

\* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

\*\* Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**



AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023

DIPARTIMENTO Dipartimento Gestione del Farmaco

UNITA' OPERATIVA UOSVD Farmacia Ospedaliera Osp. Monopoli

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Trasmissione bolle caricate in Euis alla Direzione Amministrativa di Presidio nei modi e tempi utili alla liquidazione entro 40 giorni	100% bolle al netto delle bolle relative al materiale di dialisi peritoneale domiciliare	Obiettivo certificato dalla Direzione Amministrativa di Presidio
2	3 1	Misure per la razionalizzazione degli acquisti di beni sanitari	B	Inventario entro il mese di Settembre e di Dicembre del deposito farmaceutico della U.O. Farmacia e delle singole UU.OO. del Presidio secondo le indicazioni del Direttore del Dipartimento	Elaborazione di N. 2 Report (Settembre e Dicembre)	Report da analizzare durante le riunioni del Dipartimento con Relazione da parte del Direttore del Dipartimento da allegare alla Relazione finale
3	1	Controllo della spesa	A	Monitoraggio e controllo dell'appropriatezza delle prescrizioni effettuate da medici prescrittori aziendali per l'incremento dell'utilizzo di farmaci biosimilari nel rispetto delle delibere e delle circolari regionali	Report annuale dei controlli periodici e verbali degli incontri svolti con i medici prescrittori aziendali responsabili di comportamenti anomali	es.: DD.G.R.n.699/2017, n.983/2018, n.1188/2019In collaborazione con la U.O. Farmacia Territoriale
4	3 1	Efficienza organizzativa	M	Organizzazione di incontri semestrali con le singole UU.OO. Sull'andamento della spesa per beni sanitari	N. 2 Verbalì incontri	Incontri da organizzare con le DPO e le Direzioni Amministrative.Da allegare alla Relazione finale
5	3	Efficienza organizzativa	A	Controlli ispettivi presso le UU.OO. Ospedaliere mediante l'utilizzo di check list validate dal Direttore del Dipartimento Gestione del Farmaco	Almeno un controllo annuale per U.O.	Nella Relazione finale riportare documentazione relativa all'invio dei verbali di ispezione

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

\* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

\*\* Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023

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 alla liquidazione entro 40 giorni	100% bolle al netto delle bolle relative al materiale di dialisi peritoneale domiciliare	Obiettivo certificato dalla Direzione Amministrativa di Presidio
2	3 1	Misure per la razionalizzazione degli acquisti di beni sanitari	B	Inventario entro il mese di Settembre e di Dicembre del deposito farmaceutico della U.O. Farmacia e delle singole UU.OO. del Presidio secondo le indicazioni del Direttore del Dipartimento	Elaborazione di N. 2 Report (Settembre e Dicembre)	Report da analizzare durante le riunioni del Dipartimento con Relazione da parte del Direttore del Dipartimento da allegare alla Relazione finale
3	1	Controllo della spesa	A	Monitoraggio e controllo dell'appropriatezza delle prescrizioni effettuate da medici prescrittori aziendali per l'incremento dell'utilizzo di farmaci biosimilari nel rispetto delle delibere e delle circolari regionali	Report annuale dei controlli periodici e verbali degli incontri svolti con i medici prescrittori aziendali responsabili di comportamenti anomali	es.: DD.G.R.n.699/2017, n.983/2018, n.1188/2019In collaborazione con la U.O. Farmacia Territoriale
4	3 1	Efficienza organizzativa	M	Organizzazione di incontri semestrali con le singole UU.OO. Sull'andamento della spesa per beni sanitari	N. 2 Verbali incontri	Incontri da organizzare con le DPO e le Direzioni Amministrative.Da allegare alla Relazione finale
5	3	Efficienza organizzativa	A	Controlli ispettivi presso le UU.OO. Ospedaliere mediante l'utilizzo di check list validate dal Direttore del Dipartimento Gestione del Farmaco	Almeno un controllo annuale per U.O.	Nella Relazione finale riportare documentazione relativa all'invio dei verbali di ispezione

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

\* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

\*\* Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023

DIPARTIMENTO Dipartimento Gestione del Farmaco  
 UNITA' OPERATIVA UOSVD Farmacia Ospedaliera Osp. Molfetta

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Trasmissione bolle caricate in Euis alla Direzione Amministrativa di Presidio nei modi e tempi utili alla liquidazione entro 40 giorni	100% bolle al netto delle bolle relative al materiale di dialisi peritoneale domiciliare	Obiettivo certificato dalla Direzione Amministrativa di Presidio
2	3 1	Misure per la razionalizzazione degli acquisti di beni sanitari	B	Inventario entro il mese di Settembre e di Dicembre del deposito farmaceutico della U.O. Farmacia e delle singole UU.OO. del Presidio secondo le indicazioni del Direttore del Dipartimento	Elaborazione di N. 2 Report (Settembre e Dicembre)	Report da analizzare durante le riunioni del Dipartimento con Relazione da parte del Direttore del Dipartimento da allegare alla Relazione finale
3	1	Controllo della spesa	A	Monitoraggio e controllo dell'appropriatezza delle prescrizioni effettuate da medici prescrittori aziendali per l'incremento dell'utilizzo di farmaci biosimilari nel rispetto delle delibere e delle circolari regionali	Report annuale dei controlli periodici e verbali degli incontri svolti con i medici prescrittori aziendali responsabili di comportamenti anomali	es.: DD.G.R.n.699/2017, n.983/2018, n.1188/2019In collaborazione con la U.O. Farmacia Territoriale
4	3 1	Efficienza organizzativa	M	Organizzazione di incontri semestrali con le singole UU.OO. Sull'andamento della spesa per beni sanitari	N. 2 Verbali incontri	Incontri da organizzare con le DPO e le Direzioni Amministrative.Da allegare alla Relazione finale
5	3	Efficienza organizzativa	A	Controlli ispettivi presso le UU.OO. Ospedaliere mediante l'utilizzo di check list validate dal Direttore del Dipartimento Gestione del Farmaco	Almeno un controllo annuale per U.O.	Nella Relazione finale riportare documentazione relativa all'invio dei verbali di ispezione

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

\* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

\*\* Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023

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 alla liquidazione entro 40 giorni	100% bolle al netto delle bolle relative al materiale di dialisi peritoneale domiciliare	Obiettivo certificato dalla Direzione Amministrativa di Presidio
2	3 1	Misure per la razionalizzazione degli acquisti di beni sanitari	B	Inventario entro il mese di Settembre e di Dicembre del deposito farmaceutico della U.O. Farmacia e delle singole UU.OO. del Presidio secondo le indicazioni del Direttore del Dipartimento	Elaborazione di N. 2 Report (Settembre e Dicembre)	Report da analizzare durante le riunioni del Dipartimento con Relazione da parte del Direttore del Dipartimento da allegare alla Relazione finale
3	1	Controllo della spesa	A	Monitoraggio e controllo dell'appropriatezza delle prescrizioni effettuate da medici prescrittori aziendali per l'incremento dell'utilizzo di farmaci biosimilari nel rispetto delle delibere e delle circolari regionali	Report annuale dei controlli periodici e verbali degli incontri svolti con i medici prescrittori aziendali responsabili di comportamenti anomali	es.: DD.G.R.n.699/2017, n.983/2018, n.1188/2019In collaborazione con la U.O. Farmacia Territoriale
4	3 1	Efficienza organizzativa	M	Organizzazione di incontri semestrali con le singole UU.OO. Sull'andamento della spesa per beni sanitari	N. 2 Verbali incontri	Incontri da organizzare con le DPO e le Direzioni Amministrative.Da allegare alla Relazione finale
5	3	Efficienza organizzativa	A	Controlli ispettivi presso le UU.OO. Ospedaliere mediante l'utilizzo di check list validate dal Direttore del Dipartimento Gestione del Farmaco	Almeno un controllo annuale per U.O.	Nella Relazione finale riportare documentazione relativa all'invio dei verbali di ispezione

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

\* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

\*\* Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI**

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023

DIPARTIMENTO Dipartimento Neurovascolare  
 UNITA' OPERATIVA **UOC Chirurgia Vascolare Osp. Di Venere**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Indice Chirurgico	> 85%	Al netto dei Ricoveri da P.S.
2 # 3	Clinical governance	M	Degenza Media Pre Operatoria	≤ 1.5 gg.	Su ricoveri programmati
3 # 3	Clinical governance	M	Rapporto tra ricoveri con DRG a rischio di 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	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 4 per la prevenzione del suicidio di paziente in ospedale	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

\* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

\*\* Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI**

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023

DIPARTIMENTO Dipartimento Neurovascolare

UNITA' OPERATIVA **UOC Neurochirurgia Osp. Di Venere**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	A	Indice Chirurgico	> 85%	Al netto dei Ricoveri da P.S.
2 # 3	Clinical governance	M	Degenza Media Pre Operatoria	≤ 1.5 gg.	Su ricoveri programmati
3 # 3	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	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 4 per la prevenzione del suicidio di paziente in ospedale	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

\* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

\*\* Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI**

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023

DIPARTIMENTO Dipartimento Neurovascolare  
 UNITA' OPERATIVA **UOC Neurologia-Stroke Unit Osp. Di Venere**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Degenza Media	≤ 10 gg.	
2 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
3 # 1 2	Sanità digitale	M	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
4 # 1 2	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	> 1000	
5 3	Clinical governance	M	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 4 per la prevenzione del suicidio di paziente in ospedale	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
6 3	Clinical governance	A	Elaborazione/revisione procedura aziendale ospedaliera del paziente con Ictus	Invio del Protocollo elaborato secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Obiettivo in comune tra le UUOO di Radiodiagnostica e le UUOO di Neurologia. Allegare documentazione di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale
7 3	Formazione	B	Organizzazione evento formativo per il personale della Stroke Unit: "Gestione del paziente con ictus emorragico"	Un evento formativo rivolto al personale della Dirigenza Medica e del cMparto dell'Ospedale "Di Venere"	Nella Relazione finale indicare data e partecipanti.

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

\* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

\*\* Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023

DIPARTIMENTO Dipartimento di Assistenza Territoriale

UNITA' OPERATIVA UOSVD PTA Conversano-Servizio di Radiodiagnostica

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 1 3	Efficienza organizzativa	A	Fatturato prestazioni ambulatoriali esterne	Fatturato prestazioni ambulatoriali esterne 2023:2022 +5%	
2 3	Clinical governance	M	Elaborazione Protocollo Prescrizione Esami Radiologici	Invio alla Direzione Sanitaria ASL BA	Allegare documentazione di invio alla Relazione finale
3 3	Clinical governance	M	Elaborazione Protocollo di esecuzione indagine Risonanza Magnetica a pazienti portatori di dispositivi cardiaci impiantabili	Invio alla Direzione Sanitaria ASL BA	Allegare documentazione di invio alla Relazione finale
4 3	Formazione	B	Conseguimento di almeno 80% dei crediti ECM nel corso dell'anno 2003, di almeno l'80% del Personale	Attestazione del Direttore del DSS 12 a dicembre. 2022	Con esclusione dei dipendenti in
5 3	Formazione	B	Organizzazione evento Formativo "La Radiologia del Territorio: criticità, sfide, strategie"	Rivolto a Personale Medico e di Comparto delle Radiologie Territoriali della ASL BA	Nella Relazione di fine anno descrivere data, sede, n. partecipanti

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

\* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

\*\* Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**



**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI**

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023

DIPARTIMENTO Dipartimento di Riabilitazione

UNITA' OPERATIVA UOSVD Lungodegenza PPA Terlizzi

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
2 # 1 2	Sanità digitale	M	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
3 # 1	Razionalizzazione della spesa farmaceutica	A	% Piani terapeutici con prescrizione di farmaco biosimilare nel rispetto delle Delibere e Circolari Regionali	> 90% delle nuove prescrizioni	es.: DD.G.R.n.699/2017, n.983/2018, n.1188/2019
4 3	Clinical governance	M	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 4 per la prevenzione del suicidio di paziente in ospedale	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

\* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

\*\* Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI**

**OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023**

DIPARTIMENTO Dipartimento di Riabilitazione

UNITA' OPERATIVA **UOSVD Riabilitazione Pneumologica P.P.A. Terlizzi**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Clinical governance	A	Elaborazione di due protocolli assistenziali relativi alle principali patologie in carico, sia in regime residenziale che assistenziale	Invio dei Protocolli alla Direzione Sanitaria Aziendale	Allegare alla Relazione finale documentazione relativa all'invio (copia della mail o N. di protocollo)
2 #	4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
3 #	1	Sanità digitale	M	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
4 #	1	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	> 2000	
	2					

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

\* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

\*\* Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI**

**OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023**

DIPARTIMENTO Dipartimento di Riabilitazione

UNITA' OPERATIVA **UOSVD Riabilitazione Cardiologica P.P.A. Terlizzi**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Clinical governance	A	Elaborazione di due protocolli assistenziali relativi alle principali patologie in carico, sia in regime residenziale che assistenziale	Invio dei Protocolli alla Direzione Sanitaria Aziendale	Allegare alla Relazione finale documentazione relativa all'invio (copia della mail o N. di protocollo)
2 #	4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
3 #	1	Sanità digitale	M	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
4 #	1	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	> 1000	
	2					

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

\* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

\*\* Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI**

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023

DIPARTIMENTO Dipartimento di Riabilitazione

UNITA' OPERATIVA UOSVD Lungodegenza PPA Triggiano

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
2 # 1 2	Sanità digitale	M	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
3 # 1	Razionalizzazione della spesa farmaceutica	A	% Piani terapeutici con prescrizione di farmaco biosimilare nel rispetto delle Delibere e Circolari Regionali	> 90% delle nuove prescrizioni	es.: DD.G.R.n.699/2017, n.983/2018, n.1188/2019
4 3	Clinical governance	M	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 4 per la prevenzione del suicidio di paziente in ospedale	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

\* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

\*\* Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023

DIPARTIMENTO Dipartimento sicurezza e qualità

UNITA' OPERATIVA UOSVD Fisica Sanitaria Osp. Di Venere

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Efficienza operativa	M	Controllo di qualità su apparecchiature radiologiche: Numero apparecchiature controllate/apparecchiature installate	90%	
2	3	Efficienza operativa	M	N.ro schede personali dosimetriche aggiornate/ N.ro schede totali	90%	
3	3	Efficienza operativa	M	N.ro misure di esposizioni ambientali/N.ro diagnostiche radiologiche	90%	
4	3 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	
5	3	Formazione	B	Aggiornamento professionale in materia di Radioprotezione Medica e Fisica ai sensi del D. lgs 101/2020 e s.m.i.	Coinvolgimento del 100% del personale sanitario radio esposto che abbiano risposto alla richiesta di manifestazione di interesse	Obiettivo condiviso tra le UU.OO di Fisica Sanitaria e Medicina del Lavoro-Sorveglianza Sanitaria Nella relazione finale indicare data, sede, argomento e participant

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

\* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

\*\* Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI**

**OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023**

DIPARTIMENTO Dipartimento delle Direzioni Mediche di Presidio Ospedaliero

UNITA' OPERATIVA **UOC Direzione Sanitaria Osp. San Paolo**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Appropriatezza delle prestazioni sanitarie	B	Report semestrale sulle attività di controllo analitico casuale sul 10% delle cartelle cliniche	Trasmissione di n.2 report semestrali alla Direzione Sanitaria Aziendale	Note di trasmissione da allegare alla Relazione finale. Obiettivo subordinato al superamento dell'emergenza Covid-19
2	3	Efficienza organizzativa	M	Organizzazione di incontri semestrali con le singole UU.OO. Sull'andamento della spesa per beni sanitari	N. 2 Verbali incontri	Incontri da organizzare con la U.O. Farmacia, la Direzione Amministrativa e le UU.OO. Da allegare alla Relazione finale
3	3	Efficienza organizzativa	A	Trasmissione mensile entro 10 gg. dalla fine del mese di riferimento alla Direzione Amministrativa di Presidio dei dati necessari alla fatturazione mensile da parte delle ditte fornitrici dei servizi di Lavanderia e Mensa	Note di trasmissione da allegare alla Relazione annuale	Certificazione a cura delle Direzioni Amministrative di Presidio da inviare entro il 30 Aprile 2020 all'U.O. Controllo di Gestione
4	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione	Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dal Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2022-2024 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
5	3	Formazione	B	Organizzazione di incontri formativi sul PEIMAF per il personale del P.O.	Due incontri per ogni P.O.	Obiettivo in comune a tutte le Direzioni Mediche di Presidio
6	2	Comunicazione istituzionale	B	Invio dei dati all'U.O. Servizio di Informazione e Comunicazione istituzionale per l'aggiornamento del Portale aziendale	Invio quadrimestrale dei dati	Certificato dall'U.O. Servizio di Informazione e Comunicazione istituzionale

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

\* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

\*\* Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI**

**OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023**

DIPARTIMENTO Dipartimento delle Direzioni Mediche di Presidio Ospedaliero

UNITA' OPERATIVA **UOC Direzione Sanitaria Osp. Di Venere-Triggiano**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Appropriatezza delle prestazioni sanitarie	B	Report semestrale sulle attività di controllo analitico casuale sul 10% delle cartelle cliniche	Trasmissione di n.2 report semestrali alla Direzione Sanitaria Aziendale	Note di trasmissione da allegare alla Relazione finale. Obiettivo subordinato al superamento dell'emergenza Covid-19
2	3	Efficienza organizzativa	M	Organizzazione di incontri semestrali con le singole UU.OO. Sull'andamento della spesa per beni sanitari	N. 2 Verbalì incontri	Incontri da organizzare con la U.O. Farmacia, la Direzione Amministrativa e le UU.OO. Da allegare alla Relazione finale
3	3	Efficienza organizzativa	A	Trasmissione mensile entro 10 gg. dalla fine del mese di riferimento alla Direzione Amministrativa di Presidio dei dati necessari alla fatturazione mensile da parte delle ditte fornitrici dei servizi di Lavanderia e Mensa	Note di trasmissione da allegare alla Relazione annuale	Certificazione a cura delle Direzioni Amministrative di Presidio da inviare entro il 30 Aprile 2020 all'U.O. Controllo di Gestione
4	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione	Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dal Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2022-2024 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
5	3	Formazione	B	Organizzazione di incontri formativi sul PEIMAF per il personale del P.O.	Due incontri per ogni P.O.	Obiettivo in comune a tutte le Direzioni Mediche di Presidio
6	2	Comunicazione istituzionale	B	Invio dei dati all'U.O. Servizio di Informazione e Comunicazione istituzionale per l'aggiornamento del Portale aziendale	Invio quadrimestrale dei dati	Certificato dall'U.O. Servizio di Informazione e Comunicazione istituzionale

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

\* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

\*\* Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI**

**OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023**

DIPARTIMENTO Dipartimento delle Direzioni Mediche di Presidio Ospedaliero

UNITA' OPERATIVA UOC Direzione Sanitaria Osp. della Murgia

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Appropriatezza delle prestazioni sanitarie	B	Report semestrale sulle attività di controllo analitico casuale sul 10% delle cartelle cliniche	Trasmissione di n.2 report semestrali alla Direzione Sanitaria Aziendale	Note di trasmissione da allegare alla Relazione finale. Obiettivo subordinato al superamento dell'emergenza Covid-19
2	3	Efficienza organizzativa	M	Organizzazione di incontri semestrali con le singole UU.OO. Sull'andamento della spesa per beni sanitari	N. 2 Verbalì incontri	Incontri da organizzare con la U.O. Farmacia, la Direzione Amministrativa e le UU.OO. Da allegare alla Relazione finale
3	3	Efficienza organizzativa	A	Trasmissione mensile entro 10 gg. dalla fine del mese di riferimento alla Direzione Amministrativa di Presidio dei dati necessari alla fatturazione mensile da parte delle ditte fornitrici dei servizi di Lavanderia e Mensa	Note di trasmissione da allegare alla Relazione annuale	Certificazione a cura delle Direzioni Amministrative di Presidio da inviare entro il 30 Aprile 2020 all'U.O. Controllo di Gestione
4	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione	Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dal Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2022-2024 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
5	3	Formazione	B	Organizzazione di incontri formativi sul PEIMAF per il personale del P.O.	Due incontri per ogni P.O.	Obiettivo in comune a tutte le Direzioni Mediche di Presidio
6	2	Comunicazione istituzionale	B	Invio dei dati all'U.O. Servizio di Informazione e Comunicazione istituzionale per l'aggiornamento del Portale aziendale	Invio quadrimestrale dei dati	Certificato dall'U.O. Servizio di Informazione e Comunicazione istituzionale

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

\* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

\*\* Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**



**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI**

**OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023**

DIPARTIMENTO Dipartimento delle Direzioni Mediche di Presidio Ospedaliero

UNITA' OPERATIVA UOC Direzione Sanitaria Osp. Monopoli

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Appropriatezza delle prestazioni sanitarie	B	Report semestrale sulle attività di controllo analitico casuale sul 10% delle cartelle cliniche	Trasmissione di n.2 report semestrali alla Direzione Sanitaria Aziendale	Note di trasmissione da allegare alla Relazione finale. Obiettivo subordinato al superamento dell'emergenza Covid-19
2	3	Efficienza organizzativa	M	Organizzazione di incontri semestrali con le singole UU.OO. Sull'andamento della spesa per beni sanitari	N. 2 Verbali incontri	Incontri da organizzare con la U.O. Farmacia, la Direzione Amministrativa e le UU.OO. Da allegare alla Relazione finale
3	3	Efficienza organizzativa	A	Trasmissione mensile entro 10 gg. dalla fine del mese di riferimento alla Direzione Amministrativa di Presidio dei dati necessari alla fatturazione mensile da parte delle ditte fornitrici dei servizi di Lavanderia e Mensa	Note di trasmissione da allegare alla Relazione annuale	Certificazione a cura delle Direzioni Amministrative di Presidio da inviare entro il 30 Aprile 2020 all'U.O. Controllo di Gestione
4	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione	Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dal Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2022-2024 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
5	3	Formazione	B	Organizzazione di incontri formativi sul PEIMAF per il personale del P.O.	Due incontri per ogni P.O.	Obiettivo in comune a tutte le Direzioni Mediche di Presidio
6	2	Comunicazione istituzionale	B	Invio dei dati all'U.O. Servizio di Informazione e Comunicazione istituzionale per l'aggiornamento del Portale aziendale	Invio quadrimestrale dei dati	Certificato dall'U.O. Servizio di Informazione e Comunicazione istituzionale

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

\* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

\*\* Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI**

**OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023**

DIPARTIMENTO Dipartimento delle Direzioni Mediche di Presidio Ospedaliero

UNITA' OPERATIVA UOSVD Direzione Sanitaria Osp. Putignano

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Appropriatezza delle prestazioni sanitarie	B	Report semestrale sulle attività di controllo analitico casuale sul 10% delle cartelle cliniche	Trasmissione di n.2 report semestrali alla Direzione Sanitaria Aziendale	Note di trasmissione da allegare alla Relazione finale. Obiettivo subordinato al superamento dell'emergenza Covid-19
2	3	Efficienza organizzativa	M	Organizzazione di incontri semestrali con le singole UU.OO. Sull'andamento della spesa per beni sanitari	N. 2 Verbalì incontri	Incontri da organizzare con la U.O. Farmacia, la Direzione Amministrativa e le UU.OO. Da allegare alla Relazione finale
3	3	Efficienza organizzativa	A	Trasmissione mensile entro 10 gg. dalla fine del mese di riferimento alla Direzione Amministrativa di Presidio dei dati necessari alla fatturazione mensile da parte delle ditte fornitrici dei servizi di Lavanderia e Mensa	Note di trasmissione da allegare alla Relazione annuale	Certificazione a cura delle Direzioni Amministrative di Presidio da inviare entro il 30 Aprile 2020 all'U.O. Controllo di Gestione
4	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione	Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dal Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2022-2024 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
5	3	Formazione	B	Organizzazione di incontri formativi sul PEIMAF per il personale del P.O.	Due incontri per ogni P.O.	Obiettivo in comune a tutte le Direzioni Mediche di Presidio
6	2	Comunicazione istituzionale	B	Invio dei dati all'U.O. Servizio di Informazione e Comunicazione istituzionale per l'aggiornamento del Portale aziendale	Invio quadrimestrale dei dati	Certificato dall'U.O. Servizio di Informazione e Comunicazione istituzionale

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

\* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

\*\* Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI**

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023

DIPARTIMENTO Dipartimento delle Direzioni Mediche di Presidio Ospedaliero

UNITA' OPERATIVA UOSVD Direzione Sanitaria Osp. Molfetta

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Appropriatezza delle prestazioni sanitarie	B	Report semestrale sulle attività di controllo analitico casuale sul 10% delle cartelle cliniche	Trasmissione di n.2 report semestrali alla Direzione Sanitaria Aziendale	Note di trasmissione da allegare alla Relazione finale. Obiettivo subordinato al superamento dell'emergenza Covid-19
2	3	Efficienza organizzativa	M	Organizzazione di incontri semestrali con le singole UU.OO. Sull'andamento della spesa per beni sanitari	N. 2 Verbali incontri	Incontri da organizzare con la U.O. Farmacia, la Direzione Amministrativa e le UU.OO. Da allegare alla Relazione finale
3	3	Efficienza organizzativa	A	Trasmissione mensile entro 10 gg. dalla fine del mese di riferimento alla Direzione Amministrativa di Presidio dei dati necessari alla fatturazione mensile da parte delle ditte fornitrici dei servizi di Lavanderia e Mensa	Note di trasmissione da allegare alla Relazione annuale	Certificazione a cura delle Direzioni Amministrative di Presidio da inviare entro il 30 Aprile 2020 all'U.O. Controllo di Gestione
4	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione	Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dal Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2022-2024 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
5	3	Formazione	B	Organizzazione di incontri formativi sul PEIMAF per il personale del P.O.	Due incontri per ogni P.O.	Obiettivo in comune a tutte le Direzioni Mediche di Presidio
6	2	Comunicazione istituzionale	B	Invio dei dati all'U.O. Servizio di Informazione e Comunicazione istituzionale per l'aggiornamento del Portale aziendale	Invio quadrimestrale dei dati	Certificato dall'U.O. Servizio di Informazione e Comunicazione istituzionale

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

\* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

\*\* Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI**

**OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023**

DIPARTIMENTO Dipartimento delle Direzioni Mediche di Presidio Ospedaliero

UNITA' OPERATIVA UOSVD Direzione Sanitaria Osp. Corato-Terlizzi

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Appropriatezza delle prestazioni sanitarie	B	Report semestrale sulle attività di controllo analitico casuale sul 10% delle cartelle cliniche	Trasmissione di n.2 report semestrali alla Direzione Sanitaria Aziendale	Note di trasmissione da allegare alla Relazione finale. Obiettivo subordinato al superamento dell'emergenza Covid-19
2	3	Efficienza organizzativa	M	Organizzazione di incontri semestrali con le singole UU.OO. Sull'andamento della spesa per beni sanitari	N. 2 Verbalì incontri	Incontri da organizzare con la U.O. Farmacia, la Direzione Amministrativa e le UU.OO. Da allegare alla Relazione finale
3	3	Efficienza organizzativa	A	Trasmissione mensile entro 10 gg. dalla fine del mese di riferimento alla Direzione Amministrativa di Presidio dei dati necessari alla fatturazione mensile da parte delle ditte fornitrici dei servizi di Lavanderia e Mensa	Note di trasmissione da allegare alla Relazione annuale	Certificazione a cura delle Direzioni Amministrative di Presidio da inviare entro il 30 Aprile 2020 all'U.O. Controllo di Gestione
4	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione	Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dal Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2022-2024 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
5	3	Formazione	B	Organizzazione di incontri formativi sul PEIMAF per il personale del P.O.	Due incontri per ogni P.O.	Obiettivo in comune a tutte le Direzioni Mediche di Presidio
6	2	Comunicazione istituzionale	B	Invio dei dati all'U.O. Servizio di Informazione e Comunicazione istituzionale per l'aggiornamento del Portale aziendale	Invio quadrimestrale dei dati	Certificato dall'U.O. Servizio di Informazione e Comunicazione istituzionale

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

\* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

\*\* Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023

DIPARTIMENTO Dipartimento Amministrativo

UNITA' OPERATIVA UOC Direzione Amministrativa Osp. San Paolo-Molfetta-Corato-Terlizzi-Murgia

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture	Giorni liquidazione fattura ≤ 40 dalla registrazione	Obiettivo rimodulabile in corso d'anno sulla base degli esiti previsti dalla Legge N.145/2018 e D.G.R. N. 1487/2019Certificato dall'AGRF
2	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Trasparenza	Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui al Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2022-2024	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009
3	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione	Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dal Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2022-2024 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
4	3	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 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 almento 4 procedure di gara	
6	3	Controllo della spesa	M	Monitoraggio delle competenze accessorie per il personale dell'area di Comparto	N. 3 Relazioni trimestrali per U.O. da trasmettere alla DMPO e all'AGRU	Da allegare alla Relazione finale
7	3 1	Efficienza organizzativa	M	Organizzazione di incontri semestrali con le singole UU.OO. sull'andamento della spesa per beni sanitari	N. 2 Verbalni incontri	Incontri da organizzare con la U.O. Farmacia e la Direzione Medica, con la collaborazione dell' U.O. Controllo di Gestione..Da allegare alla Relazione finale
8	3	Monitoraggio attività libero professionale	M	Relazione trimestrale per il raffronto dei dati dei volumi di attività istituzionale / dati dei volumi di attività in ALPI e verifica del rispetto dello svolgimento di quest'ultima nella fascia oraria autorizzata	N.4 Relazioni trimestrali e almeno un controllo annuale del 30% dei medici autorizzati sul rispetto dell'ALPI nella fascia oraria autorizzata	Inviare i Report trimestrali e la Relazione annuale alla DMPO e per conoscenza all'AGRU. Allegare i 4 Report e la Relazione di controllo alla relazione finale da inviare all'STP
9	1	Controllo della spesa	A	Monitoraggio timbrature per prestazioni aggiuntive	N. 3 Relazioni infrannuali da inviare alla Direzione Sanitaria Aziendale e alla DMPO e conseguente tempestiva liquidazione delle relative competenze	
10	1	Efficienza organizzativa	M	Predisposizione Regolamento Aziendale per le procedure di rivalsa e recupero ticket/costo prestazioni (codici bianchi P.S., mancato ritiro referto...)	Proposta del Regolamento alla Direzione Strategica entro il 30/06/2023	Obiettivo condiviso tra Direzioni Amministrative dei PP.OO., con la collaborazione di SBL e AGRF
11	1	Deflazionamento del contenzioso	A	Conclusione della piena applicazione della DDG 1607/2021 e azzeramento del contenzioso per prestazioni aggiuntive pregresse relative alla cessione di acche di sangue all'esterno	Completamento dell'azzeramento del contenzioso per prestazioni aggiuntive pregresse relative alla cessione di sacche di sangue all'esterno	Obiettivo condiviso tra UU.OO. Trasfusionali, Direzioni Amm.ve di Presidio, con la collaborazione di SBL

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

\* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

\*\* Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI**

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023

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	Giorni liquidazione fattura ≤ 40 dalla registrazione	Obiettivo rimodulabile in corso d'anno sulla base degli esiti previsti dalla Legge N.145/2018 e D.G.R. N. 1487/2019Certificato dall'AGRF
2	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Trasparenza	Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui al Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2022-2024	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009
3	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione	Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dal Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2022-2024 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
4	3	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 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 almento 4 procedure di gara	
6	3	Controllo della spesa	M	Monitoraggio delle competenze accessorie per il personale dell'area di Comparto	N. 3 Relazioni trimestrali per U.O. da trasmettere alla DMPO e all'AGRU	Da allegare alla Relazione finale
7	3 1	Efficienza organizzativa	M	Organizzazione di incontri semestrali con le singole UU.OO. Sull'andamento della spesa per beni sanitari	N. 2 Verbalni incontri	Incontri da organizzare con la U.O. Farmacia e la Direzione Medica, con la collaborazione dell' U.O. Controllo di Gestione..Da allegare alla Relazione finale
8	3	Monitoraggio attività libero professionale	M	Relazione trimestrale per il raffronto dei dati dei volumi di attività istituzionale / dati dei volumi di attività in ALPI e verifica del rispetto dello svolgimento di quest'ultima nella fascia oraria autorizzata	N.4 Relazioni trimestrali e almeno un controllo annuale del 30% dei medici autorizzati sul rispetto dell'ALPI nella fascia oraria autorizzata	Inviare i Report trimestrali e la Relazione annuale alla DMPO e per conoscenza all'AGRU. Allegare i 4 Report e la Relazione di controllo alla relazione finale da inviare all'STP
9	1	Controllo della spesa	A	Monitoraggio timbrature per prestazioni aggiuntive	N. 3 Relazioni infrannuali da inviare alla Direzione Sanitaria Aziendale e alla DMPO e conseguente tempestiva liquidazione delle relative competenze	
10	3	Efficienza organizzativa	A	Indizione procedure di gara per l'acquisizione delle Apparecchiature medicali ed arredi sanitari per il Nuovo Ospedale di Monopoli - Fasano	Trasmissione capitolati tecnici da parte dell'Ingegneria Clinica e proposta delibera di indizione entro il 30/04/2023	Obiettivo condiviso tra Ingegneria Clinica, AGP e Direzione Amministrativa P.O Bari Sud. Coordinato da AGP
11	3	Efficienza organizzativa	A	Indizione procedure di gara per l'acquisizione degli arredi non sanitari per il Nuovo Ospedale di Monopoli - Fasano	trasmissione capitolati tecnici da parte dell'AGT e proposta delibera di indizione entro il 30/04/2023	Obiettivo condiviso tra AGP, AGT e Direzione Amministrativa P.O Bari Sud. Coordinato da AGP
12	1	Efficienza organizzativa	M	Predisposizione Regolamento Aziendale per le procedure di rivalsa e recupero ticket/costo prestazioni (codici bianchi P.S., mancato ritiro referto...)	Proposta del Regolamento alla Direzione Strategica entro il 30/06/2023	Obiettivo condiviso tra Direzioni Amministrative dei PP.OO., con la collaborazione di SBL e AGRF
13	1	Deflazionamento del contenzioso	A	Conclusione della piena applicazione della DDG 1607/2021 e azzeramento del contenzioso per prestazioni aggiuntive pregresse relative alla cessione di acche di sangue all'esterno	Completamento dell'azzeramento del contenzioso per prestazioni aggiuntive pregresse relative alla cessione di sacche di sangue all'esterno	Obiettivo condiviso tra UU.OO. Trasfusionali, Direzioni Amm.ve di Presidio, con la collaborazione di SBL

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

\* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

\*\* Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023

DIPARTIMENTO Dipartimento di Assistenza Territoriale

UNITA' OPERATIVA UOC Distretto S.S. n. 1

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture	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.Subordinato all'integrazione del personale amministrativo. Certificato dall'AGRIF
2	3 4	Appropriatezza prescrittiva	M	Relazione trimestrale sulla verifica dei comportamenti prescrittivi inappropriati, sulla base dei report trimestrali sull'appropriatezza da parte dell'Area Farmaceutica	N. 4 Relazioni trimestrali da inviare alla Direzione Generale	D.D. N. 16 del 30/12/2016 Dip. Promozione Salute.Indicare nella Relazione conclusiva i Numeri di protocollo
3	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione	Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dal Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2022-2024 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
4	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Trasparenza	Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui al Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2022-2024	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009
5	3	Efficienza organizzativa	M	Analisi del fabbisogno specialistica ambulatoriale per DSS comprensivo di personale dipendente e convenzionato	Relazione al Direttore Sanitario tramite il Direttore di Dipartimento entro il 30/09/2023	
6	3	Efficienza organizzativa	M	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale	Riscontro entro 15 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo	Certificato dal Direttore Amministrativo Aziendale
7	3 2	Miglioramento della qualità assistenziale	A	Screening Carcinoma della cervice uterina: Percentuale di adesione della popolazione bersaglio	42% della popolazione bersaglio	Obiettivo condiviso tra UOSVD Screening Cervice Uterina e Distretti. Subordinato alla integrazione della dotazione organica e agli adeguamenti strutturali dei Consultori
8	3 1	Efficienza organizzativa	B	Organizzazione di gruppo di lavoro dipartimentale su Percorso Nascita	Invio di Procedura/Percorso assistenziale, in linea con gli obiettivi assegnati dalla Direzione Strategica, al Direttore di Dipartimento	Allegare alla Relazione finale la documentazione dell'invio
9	3 1	Efficienza organizzativa	B	Organizzazione di gruppo di lavoro dipartimentale su ADI, UVM e Semplificazione delle procedure	Invio di Procedura/Percorso assistenziale, in linea con gli obiettivi assegnati dalla Direzione Strategica, al Direttore di Dipartimento	Allegare alla Relazione finale la documentazione dell'invio
10	2	Comunicazione istituzionale	B	Invio dei dati all'U.O. Servizio di Informazione e Comunicazione istituzionale per l'aggiornamento del Portale aziendale	Invio quadrimestrale dei dati	Certificato dall'U.O. Servizio di Informazione e Comunicazione istituzionale

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

\* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

\*\* Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023

DIPARTIMENTO Dipartimento di Assistenza Territoriale

UNITA' OPERATIVA UOC Distretto S.S. n. 2

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture	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.Subordinato all'integrazione del personale amministrativo. Certificato dall'AGRIF
2	3 4	Appropriatezza prescrittiva	M	Relazione trimestrale sulla verifica dei comportamenti prescrittivi inappropriati, sulla base dei report trimestrali sull'appropriatezza da parte dell'Area Farmaceutica	N. 4 Relazioni trimestrali da inviare alla Direzione Generale	D.D. N. 16 del 30/12/2016 Dip. Promozione Salute.Indicare nella Relazione conclusiva i Numeri di protocollo
3	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione	Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dal Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2022-2024 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
4	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Trasparenza	Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui al Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2022-2024	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009
5	3	Efficienza organizzativa	M	Analisi del fabbisogno specialistica ambulatoriale per DSS comprensivo di personale dipendente e convenzionato	Relazione al Direttore Sanitario tramite il Direttore di Dipartimento entro il 30/09/2023	
6	3	Efficienza organizzativa	M	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale	Riscontro entro 15 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo	Certificato dal Direttore Amministrativo Aziendale
7	3 2	Miglioramento della qualità assistenziale	A	Screening Carcinoma della cervice uterina: Percentuale di adesione della popolazione bersaglio	42% della popolazione bersaglio	Obiettivo condiviso tra UOSVD Screening Cervice Uterina e Distretti. Subordinato alla integrazione della dotazione organica e agli adeguamenti strutturali dei Consultori
8	3 1	Efficienza organizzativa	B	Organizzazione di gruppo di lavoro dipartimentale su Percorso Nascita	Invio di Procedura/Percorso assistenziale, in linea con gli obiettivi assegnati dalla Direzione Strategica, al Direttore di Dipartimento	Allegare alla Relazione finale la documentazione dell'invio
9	3 1	Efficienza organizzativa	B	Organizzazione di gruppo di lavoro dipartimentale su ADI, UVM e Semplificazione delle procedure	Invio di Procedura/Percorso assistenziale, in linea con gli obiettivi assegnati dalla Direzione Strategica, al Direttore di Dipartimento	Allegare alla Relazione finale la documentazione dell'invio
10	2	Comunicazione istituzionale	B	Invio dei dati all'U.O. Servizio di Informazione e Comunicazione istituzionale per l'aggiornamento del Portale aziendale	Invio quadrimestrale dei dati	Certificato dall'U.O. Servizio di Informazione e Comunicazione istituzionale

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

\* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

\*\* Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**



**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI**

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023

DIPARTIMENTO Dipartimento di Assistenza Territoriale

UNITA' OPERATIVA UOC Distretto S.S. n. 3

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture	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.Subordinato all'integrazione del personale amministrativo. Certificato dall'AGRF
2	3 4	Appropriatezza prescrittiva	M	Relazione trimestrale sulla verifica dei comportamenti prescrittivi inappropriati, sulla base dei report trimestrali sull'appropriatezza da parte dell'Area Farmaceutica	N. 4 Relazioni trimestrali da inviare alla Direzione Generale	D.D. N. 16 del 30/12/2016 Dip. Promozione Salute.Indicare nella Relazione conclusiva i Numeri di protocollo
3	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione	Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dal Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2022-2024 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
4	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Trasparenza	Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui al Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2022-2024	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009
5	3	Efficienza organizzativa	M	Analisi del fabbisogno specialistica ambulatoriale per DSS comprensivo di personale dipendente e convenzionato	Relazione al Direttore Sanitario tramite il Direttore di Dipartimento entro il 30/09/2023	
6	3	Efficienza organizzativa	M	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale	Riscontro entro 15 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo	Certificato dal Direttore Amministrativo Aziendale
7	3 2	Miglioramento della qualità assistenziale	A	Screening Carcinoma della cervice uterina: Percentuale di adesione della popolazione bersaglio	42% della popolazione bersaglio	Obiettivo condiviso tra UOSVD Screening Cervice Uterina e Distretti. Subordinato alla integrazione della dotazione organica e agli adeguamenti strutturali dei Consultori
8	3 1	Efficienza organizzativa	B	Organizzazione di gruppo di lavoro dipartimentale su Percorso Nascita	Invio di Procedura/Percorso assistenziale, in linea con gli obiettivi assegnati dalla Direzione Strategica, al Direttore di Dipartimento	Allegare alla Relazione finale la documentazione dell'invio
9	3 1	Efficienza organizzativa	B	Organizzazione di gruppo di lavoro dipartimentale su ADI, UVM e Semplificazione delle procedure	Invio di Procedura/Percorso assistenziale, in linea con gli obiettivi assegnati dalla Direzione Strategica, al Direttore di Dipartimento	Allegare alla Relazione finale la documentazione dell'invio
10	2	Comunicazione istituzionale	B	Invio dei dati all'U.O. Servizio di Informazione e Comunicazione istituzionale per l'aggiornamento del Portale aziendale	Invio quadrimestrale dei dati	Certificato dall'U.O. Servizio di Informazione e Comunicazione istituzionale

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

\* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

\*\* Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023

DIPARTIMENTO Dipartimento di Assistenza Territoriale

UNITA' OPERATIVA UOC Distretto S.S. n. 4

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture	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.Subordinato all'integrazione del personale amministrativo. Certificato dall'AGRIF
2	3 4	Appropriatezza prescrittiva	M	Relazione trimestrale sulla verifica dei comportamenti prescrittivi inappropriati, sulla base dei report trimestrali sull'appropriatezza da parte dell'Area Farmaceutica	N. 4 Relazioni trimestrali da inviare alla Direzione Generale	D.D. N. 16 del 30/12/2016 Dip. Promozione Salute.Indicare nella Relazione conclusiva i Numeri di protocollo
3	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione	Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dal Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2022-2024 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
4	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Trasparenza	Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui al Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2022-2024	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009
5	3	Efficienza organizzativa	M	Analisi del fabbisogno specialistica ambulatoriale per DSS comprensivo di personale dipendente e convenzionato	Relazione al Direttore Sanitario tramite il Direttore di Dipartimento entro il 30/09/2023	
6	3	Efficienza organizzativa	M	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale	Riscontro entro 15 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo	Certificato dal Direttore Amministrativo Aziendale
7	3 2	Miglioramento della qualità assistenziale	A	Screening Carcinoma della cervice uterina: Percentuale di adesione della popolazione bersaglio	42% della popolazione bersaglio	Obiettivo condiviso tra UOSVD Screening Cervice Uterina e Distretti. Subordinato alla integrazione della dotazione organica e agli adeguamenti strutturali dei Consultori
8	3 1	Efficienza organizzativa	B	Organizzazione di gruppo di lavoro dipartimentale su Percorso Nascita	Invio di Procedura/Percorso assistenziale, in linea con gli obiettivi assegnati dalla Direzione Strategica, al Direttore di Dipartimento	Allegare alla Relazione finale la documentazione dell'invio
9	3 1	Efficienza organizzativa	B	Organizzazione di gruppo di lavoro dipartimentale su ADI, UVM e Semplificazione delle procedure	Invio di Procedura/Percorso assistenziale, in linea con gli obiettivi assegnati dalla Direzione Strategica, al Direttore di Dipartimento	Allegare alla Relazione finale la documentazione dell'invio
10	2	Comunicazione istituzionale	B	Invio dei dati all'U.O. Servizio di Informazione e Comunicazione istituzionale per l'aggiornamento del Portale aziendale	Invio quadrimestrale dei dati	Certificato dall'U.O. Servizio di Informazione e Comunicazione istituzionale

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

\* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

\*\* Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023

DIPARTIMENTO Dipartimento di Assistenza Territoriale

UNITA' OPERATIVA UOC Distretto S.S. n. 5

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture	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.Subordinato all'integrazione del personale amministrativo. Certificato dall'AGRIF
2	3 4	Appropriatezza prescrittiva	M	Relazione trimestrale sulla verifica dei comportamenti prescrittivi inappropriati, sulla base dei report trimestrali sull'appropriatezza da parte dell'Area Farmaceutica	N. 4 Relazioni trimestrali da inviare alla Direzione Generale	D.D. N. 16 del 30/12/2016 Dip. Promozione Salute.Indicare nella Relazione conclusiva i Numeri di protocollo
3	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione	Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dal Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2022-2024 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
4	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Trasparenza	Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui al Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2022-2024	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009
5	3	Efficienza organizzativa	M	Analisi del fabbisogno specialistica ambulatoriale per DSS comprensivo di personale dipendente e convenzionato	Relazione al Direttore Sanitario tramite il Direttore di Dipartimento entro il 30/09/2023	
6	3	Efficienza organizzativa	M	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale	Riscontro entro 15 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo	Certificato dal Direttore Amministrativo Aziendale
7	3 2	Miglioramento della qualità assistenziale	A	Screening Carcinoma della cervice uterina: Percentuale di adesione della popolazione bersaglio	42% della popolazione bersaglio	Obiettivo condiviso tra UOSVD Screening Cervice Uterina e Distretti. Subordinato alla integrazione della dotazione organica e agli adeguamenti strutturali dei Consultori
8	3 1	Efficienza organizzativa	B	Organizzazione di gruppo di lavoro dipartimentale su Percorso Nascita	Invio di Procedura/Percorso assistenziale, in linea con gli obiettivi assegnati dalla Direzione Strategica, al Direttore di Dipartimento	Allegare alla Relazione finale la documentazione dell'invio
9	3 1	Efficienza organizzativa	B	Organizzazione di gruppo di lavoro dipartimentale su ADI, UVM e Semplificazione delle procedure	Invio di Procedura/Percorso assistenziale, in linea con gli obiettivi assegnati dalla Direzione Strategica, al Direttore di Dipartimento	Allegare alla Relazione finale la documentazione dell'invio
10	2	Comunicazione istituzionale	B	Invio dei dati all'U.O. Servizio di Informazione e Comunicazione istituzionale per l'aggiornamento del Portale aziendale	Invio quadrimestrale dei dati	Certificato dall'U.O. Servizio di Informazione e Comunicazione istituzionale
11	3	Clinical governance	A	Screening Carcinoma della cervice uterina: potenziamento dell'attività di II livello	N. Colposcopie 2023 > 2022	Certificato dall'U.O. Screening Cervice Uterina

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

\* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

\*\* Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI**

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023

DIPARTIMENTO Dipartimento di Assistenza Territoriale

UNITA' OPERATIVA UOC Distretto S.S. Unico - Bari

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture	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.Subordinato all'integrazione del personale amministrativo. Certificato dall'AGRF
2	3 4	Appropriatezza prescrittiva	M	Relazione trimestrale sulla verifica dei comportamenti prescrittivi inappropriati, sulla base dei report trimestrali sull'appropriatezza da parte dell'Area Farmaceutica	N. 4 Relazioni trimestrali da inviare alla Direzione Generale	D.D. N. 16 del 30/12/2016 Dip. Promozione Salute.Indicare nella Relazione conclusiva i Numeri di protocollo
3	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione	Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dal Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2022-2024 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
4	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Trasparenza	Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui al Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2022-2024	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009
5	3	Efficienza organizzativa	M	Analisi del fabbisogno specialistica ambulatoriale per DSS comprensivo di personale dipendente e convenzionato	Relazione al Direttore Sanitario tramite il Direttore di Dipartimento entro il 30/09/2023	
6	3	Efficienza organizzativa	M	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale	Riscontro entro 15 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo	Certificato dal Direttore Amministrativo Aziendale
7	3 2	Miglioramento della qualità assistenziale	A	Screening Carcinoma della cervice uterina: Percentuale di adesione della popolazione bersaglio	42% della popolazione bersaglio	Obiettivo condiviso tra UOSVD Screening Cervice Uterina e Distretti. Subordinato alla integrazione della dotazione organica e agli adeguamenti strutturali dei Consultori
8	3 1	Efficienza organizzativa	B	Organizzazione di gruppo di lavoro dipartimentale su Percorso Nascita	Invio di Procedura/Percorso assistenziale, in linea con gli obiettivi assegnati dalla Direzione Strategica, al Direttore di Dipartimento	Allegare alla Relazione finale la documentazione dell'invio
9	3 1	Efficienza organizzativa	B	Organizzazione di gruppo di lavoro dipartimentale su ADI, UVM e Semplificazione delle procedure	Invio di Procedura/Percorso assistenziale, in linea con gli obiettivi assegnati dalla Direzione Strategica, al Direttore di Dipartimento	Allegare alla Relazione finale la documentazione dell'invio
10	2	Comunicazione istituzionale	B	Invio dei dati all'U.O. Servizio di Informazione e Comunicazione istituzionale per l'aggiornamento del Portale aziendale	Invio quadrimestrale dei dati	Certificato dall'U.O. Servizio di Informazione e Comunicazione istituzionale

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

\* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

\*\* Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023

DIPARTIMENTO Dipartimento di Assistenza Territoriale

UNITA' OPERATIVA UOC Distretto S.S. n. 9

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture	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.Subordinato all'integrazione del personale amministrativo. Certificato dall'AGRF
2	3 4	Appropriatezza prescrittiva	M	Relazione trimestrale sulla verifica dei comportamenti prescrittivi inappropriati, sulla base dei report trimestrali sull'appropriatezza da parte dell'Area Farmaceutica	N. 4 Relazioni trimestrali da inviare alla Direzione Generale	D.D. N. 16 del 30/12/2016 Dip. Promozione Salute.Indicare nella Relazione conclusiva i Numeri di protocollo
3	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione	Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dal Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2022-2024 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
4	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Trasparenza	Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui al Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2022-2024	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009
5	3	Efficienza organizzativa	M	Analisi del fabbisogno specialistica ambulatoriale per DSS comprensivo di personale dipendente e convenzionato	Relazione al Direttore Sanitario tramite il Direttore di Dipartimento entro il 30/09/2023	
6	3	Efficienza organizzativa	M	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale	Riscontro entro 15 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo	Certificato dal Direttore Amministrativo Aziendale
7	3 2	Miglioramento della qualità assistenziale	A	Screening Carcinoma della cervice uterina: Percentuale di adesione della popolazione bersaglio	42% della popolazione bersaglio	Obiettivo condiviso tra UOSVD Screening Cervice Uterina e Distretti. Subordinato alla integrazione della dotazione organica e agli adeguamenti strutturali dei Consultori
8	3 1	Efficienza organizzativa	B	Organizzazione di gruppo di lavoro dipartimentale su Percorso Nascita	Invio di Procedura/Percorso assistenziale, in linea con gli obiettivi assegnati dalla Direzione Strategica, al Direttore di Dipartimento	Allegare alla Relazione finale la documentazione dell'invio
9	3 1	Efficienza organizzativa	B	Organizzazione di gruppo di lavoro dipartimentale su ADI, UVM e Semplificazione delle procedure	Invio di Procedura/Percorso assistenziale, in linea con gli obiettivi assegnati dalla Direzione Strategica, al Direttore di Dipartimento	Allegare alla Relazione finale la documentazione dell'invio
10	2	Comunicazione istituzionale	B	Invio dei dati all'U.O. Servizio di Informazione e Comunicazione istituzionale per l'aggiornamento del Portale aziendale	Invio quadrimestrale dei dati	Certificato dall'U.O. Servizio di Informazione e Comunicazione istituzionale

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

\* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

\*\* Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI**

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023

DIPARTIMENTO Dipartimento di Assistenza Territoriale

UNITA' OPERATIVA UOC Distretto S.S. n. 10

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture	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.Subordinato all'integrazione del personale amministrativo. Certificato dall'AGRF
2	3 4	Appropriatezza prescrittiva	M	Relazione trimestrale sulla verifica dei comportamenti prescrittivi inappropriati, sulla base dei report trimestrali sull'appropriatezza da parte dell'Area Farmaceutica	N. 4 Relazioni trimestrali da inviare alla Direzione Generale	D.D. N. 16 del 30/12/2016 Dip. Promozione Salute.Indicare nella Relazione conclusiva i Numeri di protocollo
3	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione	Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dal Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2022-2024 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
4	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Trasparenza	Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui al Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2022-2024	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009
5	3	Efficienza organizzativa	M	Analisi del fabbisogno specialistica ambulatoriale per DSS comprensivo di personale dipendente e convenzionato	Relazione al Direttore Sanitario tramite il Direttore di Dipartimento entro il 30/09/2023	
6	3	Efficienza organizzativa	M	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale	Riscontro entro 15 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo	Certificato dal Direttore Amministrativo Aziendale
7	3 2	Miglioramento della qualità assistenziale	A	Screening Carcinoma della cervice uterina: Percentuale di adesione della popolazione bersaglio	42% della popolazione bersaglio	Obiettivo condiviso tra UOSVD Screening Cervice Uterina e Distretti. Subordinato alla integrazione della dotazione organica e agli adeguamenti strutturali dei Consultori
8	3 1	Efficienza organizzativa	B	Organizzazione di gruppo di lavoro dipartimentale su Percorso Nascita	Invio di Procedura/Percorso assistenziale, in linea con gli obiettivi assegnati dalla Direzione Strategica, al Direttore di Dipartimento	Allegare alla Relazione finale la documentazione dell'invio
9	3 1	Efficienza organizzativa	B	Organizzazione di gruppo di lavoro dipartimentale su ADI, UVM e Semplificazione delle procedure	Invio di Procedura/Percorso assistenziale, in linea con gli obiettivi assegnati dalla Direzione Strategica, al Direttore di Dipartimento	Allegare alla Relazione finale la documentazione dell'invio
10	2	Comunicazione istituzionale	B	Invio dei dati all'U.O. Servizio di Informazione e Comunicazione istituzionale per l'aggiornamento del Portale aziendale	Invio quadrimestrale dei dati	Certificato dall'U.O. Servizio di Informazione e Comunicazione istituzionale

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

\* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

\*\* Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI**

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023

DIPARTIMENTO Dipartimento di Assistenza Territoriale

UNITA' OPERATIVA UOC Distretto S.S. n. 11

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture	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.Subordinato all'integrazione del personale amministrativo. Certificato dall'AGRF
2	3 4	Appropriatezza prescrittiva	M	Relazione trimestrale sulla verifica dei comportamenti prescrittivi inappropriati, sulla base dei report trimestrali sull'appropriatezza da parte dell'Area Farmaceutica	N. 4 Relazioni trimestrali da inviare alla Direzione Generale	D.D. N. 16 del 30/12/2016 Dip. Promozione Salute.Indicare nella Relazione conclusiva i Numeri di protocollo
3	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione	Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dal Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2022-2024 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
4	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Trasparenza	Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui al Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2022-2024	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009
5	3	Efficienza organizzativa	M	Analisi del fabbisogno specialistica ambulatoriale per DSS comprensivo di personale dipendente e convenzionato	Relazione al Direttore Sanitario tramite il Direttore di Dipartimento entro il 30/09/2023	
6	3	Efficienza organizzativa	M	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale	Riscontro entro 15 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo	Certificato dal Direttore Amministrativo Aziendale
7	3 2	Miglioramento della qualità assistenziale	A	Screening Carcinoma della cervice uterina: Percentuale di adesione della popolazione bersaglio	42% della popolazione bersaglio	Obiettivo condiviso tra UOSVD Screening Cervice Uterina e Distretti. Subordinato alla integrazione della dotazione organica e agli adeguamenti strutturali dei Consultori
8	3 1	Efficienza organizzativa	B	Organizzazione di gruppo di lavoro dipartimentale su Percorso Nascita	Invio di Procedura/Percorso assistenziale, in linea con gli obiettivi assegnati dalla Direzione Strategica, al Direttore di Dipartimento	Allegare alla Relazione finale la documentazione dell'invio
9	3 1	Efficienza organizzativa	B	Organizzazione di gruppo di lavoro dipartimentale su ADI, UVM e Semplificazione delle procedure	Invio di Procedura/Percorso assistenziale, in linea con gli obiettivi assegnati dalla Direzione Strategica, al Direttore di Dipartimento	Allegare alla Relazione finale la documentazione dell'invio
10	2	Comunicazione istituzionale	B	Invio dei dati all'U.O. Servizio di Informazione e Comunicazione istituzionale per l'aggiornamento del Portale aziendale	Invio quadrimestrale dei dati	Certificato dall'U.O. Servizio di Informazione e Comunicazione istituzionale

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

\* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

\*\* Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI**

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023

DIPARTIMENTO Dipartimento di Assistenza Territoriale

UNITA' OPERATIVA UOC Distretto S.S. n. 12

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture	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.Subordinato all'integrazione del personale amministrativo. Certificato dall'AGRF
2	3 4	Appropriatezza prescrittiva	M	Relazione trimestrale sulla verifica dei comportamenti prescrittivi inappropriati, sulla base dei report trimestrali sull'appropriatezza da parte dell'Area Farmaceutica	N. 4 Relazioni trimestrali da inviare alla Direzione Generale	D.D. N. 16 del 30/12/2016 Dip. Promozione Salute.Indicare nella Relazione conclusiva i Numeri di protocollo
3	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione	Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dal Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2022-2024 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
4	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Trasparenza	Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui al Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2022-2024	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009
5	3	Efficienza organizzativa	M	Analisi del fabbisogno specialistica ambulatoriale per DSS comprensivo di personale dipendente e convenzionato	Relazione al Direttore Sanitario tramite il Direttore di Dipartimento entro il 30/09/2023	
6	3	Efficienza organizzativa	M	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale	Riscontro entro 15 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo	Certificato dal Direttore Amministrativo Aziendale
7	3 2	Miglioramento della qualità assistenziale	A	Screening Carcinoma della cervice uterina: Percentuale di adesione della popolazione bersaglio	42% della popolazione bersaglio	Obiettivo condiviso tra UOSVD Screening Cervice Uterina e Distretti. Subordinato alla integrazione della dotazione organica e agli adeguamenti strutturali dei Consultori
8	3 1	Efficienza organizzativa	B	Organizzazione di gruppo di lavoro dipartimentale su Percorso Nascita	Invio di Procedura/Percorso assistenziale, in linea con gli obiettivi assegnati dalla Direzione Strategica, al Direttore di Dipartimento	Allegare alla Relazione finale la documentazione dell'invio
9	3 1	Efficienza organizzativa	B	Organizzazione di gruppo di lavoro dipartimentale su ADI, UVM e Semplificazione delle procedure	Invio di Procedura/Percorso assistenziale, in linea con gli obiettivi assegnati dalla Direzione Strategica, al Direttore di Dipartimento	Allegare alla Relazione finale la documentazione dell'invio
10	2	Comunicazione istituzionale	B	Invio dei dati all'U.O. Servizio di Informazione e Comunicazione istituzionale per l'aggiornamento del Portale aziendale	Invio quadrimestrale dei dati	Certificato dall'U.O. Servizio di Informazione e Comunicazione istituzionale

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

\* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

\*\* Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**



AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023

DIPARTIMENTO Dipartimento di Assistenza Territoriale

UNITA' OPERATIVA UOC Distretto S.S. n. 13

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture	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.Subordinato all'integrazione del personale amministrativo. Certificato dall'AGRF
2	3 4	Appropriatezza prescrittiva	M	Relazione trimestrale sulla verifica dei comportamenti prescrittivi inappropriati, sulla base dei report trimestrali sull'appropriatezza da parte dell'Area Farmaceutica	N. 4 Relazioni trimestrali da inviare alla Direzione Generale	D.D. N. 16 del 30/12/2016 Dip. Promozione Salute.Indicare nella Relazione conclusiva i Numeri di protocollo
3	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione	Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dal Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2022-2024 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
4	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Trasparenza	Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui al Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2022-2024	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009
5	3	Efficienza organizzativa	M	Analisi del fabbisogno specialistica ambulatoriale per DSS comprensivo di personale dipendente e convenzionato	Relazione al Direttore Sanitario tramite il Direttore di Dipartimento entro il 30/09/2023	
6	3	Efficienza organizzativa	M	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale	Riscontro entro 15 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo	Certificato dal Direttore Amministrativo Aziendale
7	3 2	Miglioramento della qualità assistenziale	A	Screening Carcinoma della cervice uterina: Percentuale di adesione della popolazione bersaglio	42% della popolazione bersaglio	Obiettivo condiviso tra UOSVD Screening Cervice Uterina e Distretti. Subordinato alla integrazione della dotazione organica e agli adeguamenti strutturali dei Consultori
8	3 1	Efficienza organizzativa	B	Organizzazione di gruppo di lavoro dipartimentale su Percorso Nascita	Invio di Procedura/Percorso assistenziale, in linea con gli obiettivi assegnati dalla Direzione Strategica, al Direttore di Dipartimento	Allegare alla Relazione finale la documentazione dell'invio
9	3 1	Efficienza organizzativa	B	Organizzazione di gruppo di lavoro dipartimentale su ADI, UVM e Semplificazione delle procedure	Invio di Procedura/Percorso assistenziale, in linea con gli obiettivi assegnati dalla Direzione Strategica, al Direttore di Dipartimento	Allegare alla Relazione finale la documentazione dell'invio
10	2	Comunicazione istituzionale	B	Invio dei dati all'U.O. Servizio di Informazione e Comunicazione istituzionale per l'aggiornamento del Portale aziendale	Invio quadrimestrale dei dati	Certificato dall'U.O. Servizio di Informazione e Comunicazione istituzionale

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

\* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

\*\* Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023

DIPARTIMENTO Dipartimento di Assistenza Territoriale

UNITA' OPERATIVA UOC Distretto S.S. n. 14

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture	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.Subordinato all'integrazione del personale amministrativo. Certificato dall'AGRF
2	3 4	Appropriatezza prescrittiva	M	Relazione trimestrale sulla verifica dei comportamenti prescrittivi inappropriati, sulla base dei report trimestrali sull'appropriatezza da parte dell'Area Farmaceutica	N. 4 Relazioni trimestrali da inviare alla Direzione Generale	D.D. N. 16 del 30/12/2016 Dip. Promozione Salute.Indicare nella Relazione conclusiva i Numeri di protocollo
3	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione	Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dal Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2022-2024 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
4	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Trasparenza	Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui al Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2022-2024	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009
5	3	Efficienza organizzativa	M	Analisi del fabbisogno specialistica ambulatoriale per DSS comprensivo di personale dipendente e convenzionato	Relazione al Direttore Sanitario tramite il Direttore di Dipartimento entro il 30/09/2023	
6	3	Efficienza organizzativa	M	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale	Riscontro entro 15 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo	Certificato dal Direttore Amministrativo Aziendale
7	3 2	Miglioramento della qualità assistenziale	A	Screening Carcinoma della cervice uterina: Percentuale di adesione della popolazione bersaglio	42% della popolazione bersaglio	Obiettivo condiviso tra UOSVD Screening Cervice Uterina e Distretti. Subordinato alla integrazione della dotazione organica e agli adeguamenti strutturali dei Consultori
8	3 1	Efficienza organizzativa	B	Organizzazione di gruppo di lavoro dipartimentale su Percorso Nascita	Invio di Procedura/Percorso assistenziale, in linea con gli obiettivi assegnati dalla Direzione Strategica, al Direttore di Dipartimento	Allegare alla Relazione finale la documentazione dell'invio
9	3 1	Efficienza organizzativa	B	Organizzazione di gruppo di lavoro dipartimentale su ADI, UVM e Semplificazione delle procedure	Invio di Procedura/Percorso assistenziale, in linea con gli obiettivi assegnati dalla Direzione Strategica, al Direttore di Dipartimento	Allegare alla Relazione finale la documentazione dell'invio
10	2	Comunicazione istituzionale	B	Invio dei dati all'U.O. Servizio di Informazione e Comunicazione istituzionale per l'aggiornamento del Portale aziendale	Invio quadrimestrale dei dati	Certificato dall'U.O. Servizio di Informazione e Comunicazione istituzionale

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

\* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

\*\* Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023

DIPARTIMENTO Dipartimento di Assistenza Territoriale

UNITA' OPERATIVA UOC Direzione Amministrativa Dipartimento Assistenza 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	Giorni liquidazione fattura ≤ 40 dalla registrazione	Obiettivo rimodulabile in corso d'anno sulla base degli esiti previsti dalla Legge N.145/2018 e D.G.R. N. 1487/2019Certificato dall'AGRF
2	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	M	Monitoraggio per DSS dei tempi di pagamento delle fatture con peggiore performance e conseguente incontro con il personale addetto	Almeno 1 Verbale di incontro con ciascun DSS	Verbali da allegare alla Relazione finale
3	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione	Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dal Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2022-2024 e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	Certificato da RPCT
4	3	Attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	M	Rispetto della Normativa in materia di Trasparenza	Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui al Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2022-2024	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009
5	3	Efficienza organizzativa	B	Azioni propedeutiche per il monitoraggio delle Macrostrutture sull'attività libero professionale per la verifica del rispetto del vincolo di non superamento dei volumi di attività istituzionale	Invio mensile dei dati relativi all'attività ALPI alle Macrostrutture interessate, necessari al monitoraggio del non superamento dei volumi di attività istituzionale	Allegare Note di protocollo degli invii
6	3	Efficienza organizzativa	A	Espletamento Gare sotto soglia dopo la ricezione dei capitolati tecnici (DDG 2161/2016), in seguito ad assegnazione della Direzione Amministrativa Aziendale	Indizione di N. 2 gare	Le gare devono essere svolte con la collaborazione dei Dirigenti Amm.vi dei Distretti (individuati nella veste di RUP)
7	3	Efficienza organizzativa	M	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale	Riscontro entro 15 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo	Certificato dal Direttore Amministrativo Aziendale
8	1	Efficienza organizzativa	A	Verifica sulla corretta esecuzione dei contratti affidati a fornitori per servizi complessi (inerenti l'assistenza territoriale) e ad alta rilevanza strategica, in qualità di DEC.	Esecuzione della funzione di DEC su almeno 2 contratti d'appalto territoriali affidati dalla centrale regionale (ausili ad assorbenza / ossigeno terapia domiciliare) e sul contratto con Sanitaservice (servizio di pulizia,ausiliario e sanificazione)	Nella Relazione finale allegare relazione sull'attività svolta
9	3	Efficienza organizzativa	M	Gestione amministrativa e giuridica del personale assegnato all'UOC Medicina Penitenziaria e UOC Cure Palliative	Gestione della Rilevazione Presenze, adozione di atti di Medicina Penitenziaria e Cure Palliative, liquidazione delle competenze accessorie e di astensione da lavoro (congedi, aspettative, benefici legge 104 ecc).	Nella Relazione finale allegare elenco dei provvedimenti adottati e gestione in rilevazione presenze delle risorse
10	1	Efficienza organizzativa	M	Gestione centralizzata e budgetizzazione di contributi erogati ad assistiti aventi diritto (Es. Adattamenti agli strumenti di guida,...)	Monitoraggio periodico delle liquidazioni effettuate dai DD.SS.SS./Strutture coinvolte nell'erogazione dei contributi	Nella Relazione finale allegare relazione sull'attività svolta

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

\* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

\*\* Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta nel Dicembre 2022

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI**

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023

DIPARTIMENTO Dipartimento di Assistenza Territoriale

UNITA' OPERATIVA **UOC Cure Palliative**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Efficienza operativa	A	Attivazione di Ambulatori di Terapia del Dolore e Cure Palliative	Almeno 1 ambulatorio	
2	3	Formazione	B	Organizzazione di evento formativo rivolto a personale medico e di comparto della ASL	Almeno un evento	Nella Relazione finale indicare data, sede, argomento e partecipanti.
3	4	Clinical governance	M	Utilizzazione di trascheoscopia diagnostica domiciliare nello studio dei pazienti con patologia neurovegetativa	Almeno 10	
4	3	Clinical governance	A	Elaborazione di percorso di consulenza di cure palliative nelle Strutture Ospedaliere della ASL Bari	Invio alla Direzione Strategica	Allegare alla Relazione finale documentazione relativa all'invio (copia della mail o N. di protocollo)
	2					

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

\* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

\*\* Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI**

**OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2023**

DIPARTIMENTO Dipartimento di Assistenza Territoriale

UNITA' OPERATIVA **UOC Medicina Penitenziaria**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Clinical governance	A	Protocollo di azioni congiunte tra Psichiatria Penitenziaria e Medicina Penitenziaria per la gestione del paziente detenuto con patologia psichiatrica	Invio del protocollo all'U.O. Gestione del Rischio Clinico	Obiettivo in compune tra Psichiatria Penitenziaria e Medicina Penitenziaria. Allegare alla Relazione finale la documentazione dell'invio all'UO gestione del Rischio Clinico
2	3	Efficienza operativa	A	Attività di prevenzione – screening HCV sulla popolazione detenuta afferente alla UOC di Medicina Penitenziari	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale per mail con Report annuale dell'attività svolta	Allegare mail di invio alla Relazione finale
3	3	Clinical governance	B	Istituzione di uno sportello di ascolto e sostegno di supporto al personale sanitario all'interno della UOC di Medicina Penitenziaria	Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale per mail di Report annuale delle attività svolte	Allegare mail di invio alla Relazione finale

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

\* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

\*\* Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta nel Dicembre 2022

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**