

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

DIPARTIMENTO Dipartimento Amministrativo
 UNITA' OPERATIVA UOC Area Gestione Risorse Umane

| N. | Prosp. BSC * | Descrizione | Peso ** | Indicatore | Target | Note |
|----|--------------|--|---------|--|--|--|
| 1 | 3 | Attuazione della Sezione "Anticorruzione e Trasparenza del PIAO" | M | Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione | Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dalla Sezione "Anticorruzione e Trasparenza" del PIAO e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura | Certificato da RPCT |
| 2 | 3 | Attuazione della Sezione "Anticorruzione e Trasparenza del PIAO" | M | Rispetto della Normativa in materia di Trasparenza | Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui alla Sezione "Anticorruzione e Trasparenza" del PIAO | 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 | 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 |
| 5 | 3 | Efficienza organizzativa | A | Redazione Bilancio di Genere 2022 | Predisposizione Bozza Bilancio di Genere entro il 31/12/2024 | Obiettivo condiviso tra AGRF, AGRU e Controllo di Gestione |
| 6 | 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 31/12/2024 | |
| 7 | 3 | Efficienza organizzativa | A | Avvio procedura informatica PTFP | Entro il 31/12/2024 | |
| 8 | 3 | Efficienza organizzativa | A | Completamento procedura stabilizzazione del personale nel rispetto della D.G.R. 1437/2023 | Entro il 30/06/2024 | |
| 9 | 3 | Efficienza organizzativa | A | Attivazione della nuova piattaforma GZOOM per valutazione performance individuale | Entro il 15/03/2024 | |
| 10 | 3 | Efficienza organizzativa | A | Proposta di regolamento per graduazione e conferimento incarichi Dirigenza Area Sanità | Invio bozza della proposta di Regolamento alla Direzione Strategica entro il 31/12/2024 | Obiettivo subordinato al rinnovo del CCNL Area Sanità - Dirigenza |
| 11 | 3 | Efficienza organizzativa | A | Proposta di piattaforma di contratto integrativo aziendale 2024 - Dirigenza e Comparto | Entro il 31/12/2024 | |
| 12 | 3 | Efficienza organizzativa | A | Proposta di Regolamento di funzionamento AFT degli MMG | Proposta di Delibera entro il 30/11/2024 | |
| 13 | 3 | Efficienza organizzativa | A | Proposta di Regolamento per graduazione e conferimento incarichi Dirigenza PTA | Invio bozza della proposta di Regolamento alla Direzione Strategica entro il 31/12/2024 | |
| 14 | 3 | Efficienza organizzativa | M | Censimento delle attività amministrative trasversali SBL-AGRU e SBL-AGRF ai fini deflattivi del relativo contenzioso | Invio delle risultanze alla Direzione Amministrativa entro il 30/06/2024 | Obiettivo in comune tra AGRF, AGRU e SBL |
| 15 | 1 | Efficienza organizzativa | M | Adozione protocollo operativo per la gestione del contenzioso del lavoro | Deliberazione entro il 31/12/2024 | 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 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE AREA

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

DIPARTIMENTO Dipartimento Amministrativo

UNITA' OPERATIVA UOC Area Gestione Risorse Finanziarie

| N. | Prosp. BSC * | Descrizione | Peso ** | Indicatore | Target | Note |
|----|--------------|--|---------|--|--|--|
| 1 | 3 | Attuazione della Sezione "Anticorruzione e Trasparenza del PIAO" | M | Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione | Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dalla Sezione "Anticorruzione e Trasparenza" del PIAO e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura | Certificato da RPCT |
| 2 | 3 | Attuazione della Sezione "Anticorruzione e Trasparenza del PIAO" | M | Rispetto della Normativa in materia di Trasparenza | Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui alla Sezione "Anticorruzione e Trasparenza" del PIAO | 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 31/12/2024 | Obiettivo condiviso tra UOASSI, AGRF e AGP. Coordinato da UOASSI |
| 6 | 3 | Efficienza organizzativa | A | Redazione Bilancio di Genere 2023 | Predisposizione Bozza Bilancio di Genere entro il 31/12/2024 | Obiettivo condiviso tra AGRF, AGRU e Controllo di Gestione |
| 7 | 1 | Monitoraggio attività libero professionale | A | Predisposizione CE ALPI 1 Semestre 2024 | Predisposizione entro il 30/09/2024 | Obiettivo condiviso tra AGRF e Controllo di Gestione |
| 8 | 1 | Efficienza organizzativa | A | Monitoraggio PNRR | Almeno 4 riunioni del gruppo di lavoro PNRR | |
| 9 | 1 | Certificazione dei Bilanci | A | Completamento del Percorso Attuativo Certificabilità dei Bilanci | Certificazione Bilancio di Esercizio 2023 | |
| 10 | 3 | Efficienza organizzativa | M | Censimento delle attività amministrative trasversali SBL-AGRU e SBL-AGRF ai fini deflattivi del relativo contenzioso | Invio delle risultanze alla Direzione Amministrativa entro il 30/06/2024 | Obiettivo in comune tra AGRF, AGRU e SBL |
| 11 | 1 | Efficienza organizzativa | M | Adozione protocollo operativo per la gestione dei provvedimenti monitori | Deliberazione entro il 31/12/2024 | 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 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE AREA

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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. 1487/2019Certificato dall'AGRF |
| 2 | 3 | Attuazione della Sezione "Anticorruzione e Trasparenza del PIAO" | M | Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione | Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dalla Sezione "Anticorruzione e Trasparenza" del PIAO e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura | Certificato da RPCT |
| 3 | 3 | Attuazione della Sezione "Anticorruzione e Trasparenza del PIAO" | M | Rispetto della Normativa in materia di Trasparenza | Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui alla Sezione "Anticorruzione e Trasparenza" del PIAO | 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 FESR | Inserimento nella Piattaforma MirWeb della documentazione relativa alle acquisizioni finanziate | Copia da allegare alla Relazione finale |
| 6 | 3 4 | Efficienza organizzativa | A | P.N.R.R.: Supporto al gruppo di lavoro aziendale per le attività richieste dalla Regione | Invio Relazione di competenza periodica (semestrale) alla Direzione Strategica | |
| 7 | 3 | Efficienza organizzativa | A | P.N.R.R.: realizzazione ed attivazione del 100% delle COT previste | Entro il 31/12/2024 | Obiettivo condiviso tra AGT e UOASSI |
| 8 | 3 | Efficienza organizzativa | A | Aggiornamento del Regolamento di acquisizione di beni, servizi e lavori sotto soglia comunitaria alla luce dell'entrata in vigore del nuovo codice in materia | Entro il 31/03/2024 | Obiettivo condiviso tra AGT e AGP |
| 9 | 3 | Efficienza organizzativa | A | Aggiornamento del Regolamento Incentivi, alla luce del nuovo Codice dei Contratti pubblici | Entro il 31/03/2024 | Obiettivo condiviso tra AGT, AGP e Ingegneria Clinica |
| 10 | 3 | Efficienza organizzativa | A | Elaborazione di un Protocollo Operativo che, partendo dalla mappatura dei processi, vada a definire le attività tra AGT, UOC ASSI ed Ingegneria Clinica per la installazione delle nuove apparecchiature e l'esecuzione dei lavori connessi | Invio protocollo Operativo alla Direzione Strategica entro il 30/06/2024 | Obiettivo condiviso tra AGT, Ingegneria Clinica e UOASSI |
| 11 | 3 | Efficienza organizzativa | A | Indizione procedura di gara e consegna lavori realizzazione infrastrutture stradali per il Nuovo Ospedale Monopoli - Fasano | Entro il 31/12/2024 | |
| 12 | 3 | Efficienza organizzativa | M | Predisposizione documentazione tecnica per Attivazione Procedura di Gara per apparati switch, wifi e cablaggi per il completamento e messa in rete del nuovo Ospedale Monopoli-Fasano, previo finanziamento Art. 20 | Trasmissione Capitolato Tecnico entro il 31/12/2024 | Obiettivo condiviso tra AGT e UOASSI |
| 13 | 3 | Efficienza organizzativa | M | Produzione di documento per la razionalizzazione del patrimonio immobiliare | Invio alla Direzione Strategica di documento riportante la situazione attuale e proposte di azioni di razionalizzazione della spesa entro il 31/12/2024 | |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE AREA

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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. 1487/2019Certificato dall'AGRF |
| 2 | 3 | Attuazione della Sezione "Anticorruzione e Trasparenza del PIAO" | M | Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione | Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dalla Sezione "Anticorruzione e Trasparenza" del PIAO e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura | Certificato da RPCT |
| 3 | 3 | Attuazione della Sezione "Anticorruzione e Trasparenza del PIAO" | M | Rispetto della Normativa in materia di Trasparenza | Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui alla Sezione "Anticorruzione e Trasparenza" del PIAO | 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 | Elaborazione di un Protocollo Operativo che, partendo dalla mappatura dei processi, vada a definire le attività coordinate dell'Area Patrimonio e dell'HTA Ingegneria Clinica nell'acquisizione delle attrezzature sanitarie | Invio Documentazione alla Direzione Strategica entro il 30/06/2024 | Obiettivo condiviso tra AGP e Ingegneria Clinica |
| 6 | 3 | Efficienza organizzativa | A | Elaborazione di un Protocollo Operativo che, partendo dalla mappatura dei processi, vada a definire le attività coordinate dall'Area Patrimonio e del Dipartimento Gestione del Farmaco nell'acquisizione di Farmaci e Dispositivi Medici | Invio Documentazione alla Direzione Strategica entro il 30/06/2024 | Obiettivo condiviso tra AGP e Dipartimento Gestione del Farmaco |
| 7 | 3 | Efficienza organizzativa | A | Aggiornamento del Regolamento Incentivi, alla luce del nuovo Codice dei Contratti pubblici | Entro il 31/03/2024 | Obiettivo condiviso tra AGT, AGP e Ingegneria Clinica |
| 8 | 3 4 | Efficienza organizzativa | A | P.N.R.R.: Supporto al gruppo di lavoro aziendale per le attività richieste dalla Regione | Invio Relazione di competenza periodica (semestrale) alla Direzione Strategica | |
| 9 | 3 | Efficienza organizzativa | A | Aggiornamento del Regolamento di acquisizione di beni, servizi e lavori sotto soglia comunitaria alla luce dell'entrata in vigore del nuovo codice in materia | Entro il 31/03/2024 | Obiettivo condiviso tra AGT e AGP |
| 10 | 3 | Efficienza organizzativa | A | Aggiudicazione delle Apparecchiature del Macro Lotto n. 3 di completamento per il Nuovo Ospedale di Monopoli - Fasano | Delibera di aggiudicazione entro il 30/06/2024 | Obiettivo condiviso tra AGP e Ingegneria Clinica |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE AREA

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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. 1487/2019Certificato dall'AGRF |
| 2 | 3 | Attuazione della Sezione "Anticorruzione e Trasparenza del PIAO" | M | Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione | Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dalla Sezione "Anticorruzione e Trasparenza" del PIAO e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura | Certificato da RPCT |
| 3 | 3 | Attuazione della Sezione "Anticorruzione e Trasparenza del PIAO" | M | Rispetto della Normativa in materia di Trasparenza | Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui alla Sezione "Anticorruzione e Trasparenza" del PIAO | 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 | Tempestiva predisposizione atti | Subordinato alla conclusione del percorso di Accreditamento da parte della Regione Puglia |
| 5 | 4 | Efficienza organizzativa | A | Audit periodici (con cadenza quadrimestrale) di aggiornamento e controllo dell'attuazione del protocollo aziendale delle procedure amministrative per l'accesso dei pazienti alle Strutture Sociosanitarie alla luce delle nuove Disposizioni Regionali | Trasmissione verbali degli audit alla Direzione Sanitaria Aziendale e al Direttore del Dipartimento Governo della Domanda e dell'Offerta Sanitaria entro il 31/12/2024 | Con la collaborazione di DSS, DSM, DDP, NPJA |
| 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 | 4 | Efficienza operativa | A | Predisposizione protocollo operativo di accesso alle cure palliative residenziali | Trasmissione bozza di procedurale alla Direzione Sanitaria e Generale entro il 31/12/2024 | Con la collaborazione di DSS, UOC Cure Palliative, UOC PICOT |
| 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 40% delle Strutture ex art. 66 per il periodo 2021-2023, con trasmissione della Relazione e del database al Direttore di Dipartimento Governo della Domanda e Offerta sanitaria entro il 31/12/2024 | Obiettivo in comune tra U.O. Servizio Sociosanitario e U.O. Programmazione, innovazione e continuità ospedale-territorio |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 | 3 | Efficienza organizzativa | A | 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 |
| 3 | 4 | Efficienza organizzativa | A | Aggiornamento dei DVR , P.E., dei PP.OO | n. 1 aggiornamento all'anno per singola struttura | Copia dei DVR |
| 4 | 4 | Efficienza organizzativa | A | Aggiornamento dei DVR , P.E., dei Distretti | n. 1 aggiornamento all'anno per singola struttura | Copia dei DVR |
| 5 | 4 | Efficienza organizzativa | A | Aggiornamento dei DVR , P.E., dei Dipartimenti Territoriali | n. 1 aggiornamento all'anno per singola struttura | Copia dei DVR |
| 6 | 4 | Efficienza operativa | A | Relazione check list rischi ambientali | n. 7 relazioni annuali | Nella relazione finale indicare n. protocollo |
| 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 |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 neo assunto (visite preventive in fase preassuntiva) | 100% del personale neoassunto di cui è pervenuta comunicazione dall'AGRU | |
| 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. Indicare nella relazione finale il protocollo d'invio |
| 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 d'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 della Sezione "Anticorruzione e Trasparenza del PIAO" | M | Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione | Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dalla Sezione "Anticorruzione e Trasparenza" del PIAO 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 31/12/2024 | 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. | Espletamento del 100% delle edizioni preventivate in fase di accreditamento | Obiettivo condiviso tra le UU.OO di Fisica Sanitaria e Medicina del Lavoro-Sorveglianza Sanitaria. Nella relazione finale indicare data, sede, argomento e partecipant |
| 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 |
| 11 | 3 | Efficienza organizzativa | A | Espletamento convocazione a visita del personale di prossima quiescenza ai sensi del DL 81/2008 e s.m.i. | 100% del personale prossimo alla quiescenza di cui è pervenuta comunicazione dall'AGRU | |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 | ≥ 50% | 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 4 | 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 | Attuazione della Sezione "Anticorruzione e Trasparenza del PIAO" | M | Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione | Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dalla Sezione "Anticorruzione e Trasparenza" del PIAO e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura | Certificato da RPCT |
| 5 | 3 | Attuazione della Sezione "Anticorruzione e Trasparenza del PIAO" | M | Rispetto della Normativa in materia di Trasparenza | Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui alla Sezione "Anticorruzione e Trasparenza" del PIAO | Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 |
| 6 | 3 | Clinical governance | A | Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazioni Ministeriali n.7, 12, 17, 18 | 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. |
| 7 | 3 4 | 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 |
| 8 | 1 | Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa | A | Num. giorni necessari per la liquidazione fatture | Giorni liquidazione fattura ≤ 40 dalla registrazione | Obiettivo rimodulabile in corso d'anno sulla base degli esiti previsti dalla Legge N.145/2018 e D.G.R. N. 1487/2019Certificato dall'AGRF |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 della Sezione "Anticorruzione e Trasparenza del PIAO" | M | Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione | Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dalla Sezione "Anticorruzione e Trasparenza" del PIAO e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura | Certificato da RPCT |
| 3 | 3 | Attuazione della Sezione "Anticorruzione e Trasparenza del PIAO" | M | Rispetto della Normativa in materia di Trasparenza | Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui alla Sezione "Anticorruzione e Trasparenza" del PIAO | 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 | Aggiudicazione delle Apparecchiature del Macro Lotto n. 3 di completamento per il Nuovo Ospedale di Monopoli - Fasano | Delibera di aggiudicazione entro il 30/06/2024 | Obiettivo condiviso tra AGP e Ingegneria Clinica |
| 6 | 3 4 | Efficienza organizzativa | A | P.N.R.R.: Supporto al gruppo di lavoro aziendale per le attività richieste dalla Regione | Invio Relazione di competenza periodica (semestrale) alla Direzione Strategica | |
| 7 | 3 | Efficienza organizzativa | A | Elaborazione di un Protocollo Operativo che, partendo dalla mappatura dei processi, vada a definire le attività tra AGT, UOC ASSI ed Ingegneria Clinica per la installazione delle nuove apparecchiature e l'esecuzione dei lavori connessi | Invio protocollo Operativo alla Direzione Strategica entro il 30/06/2024 | Obiettivo condiviso tra AGT, Ingegneria Clinica e UOASSI |
| 8 | 3 | Efficienza organizzativa | A | Aggiornamento del Regolamento Incentivi, alla luce del nuovo Codice dei Contratti pubblici | Entro il 31/03/2024 | Obiettivo condiviso tra AGT, AGP e Ingegneria Clinica |
| 9 | 3 | Efficienza organizzativa | A | Elaborazione di un Protocollo Operativo che, partendo dalla mappatura dei processi, vada a definire le attività coordinate dell'Area Patrimonio e dell'HTA Ingegneria Clinica nell'acquisizione delle attrezzature sanitarie | Invio Documentazione alla Direzione Strategica entro il 30/06/2024 | Obiettivo condiviso tra AGP e Ingegneria Clinica |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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. 1487/2019Certificato dall'AGRF |
| 2 | 3 | Attuazione della Sezione "Anticorruzione e Trasparenza del PIAO" | M | Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione | Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dalla Sezione "Anticorruzione e Trasparenza" del PIAO e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura | Certificato da RPCT |
| 3 | 3 | Attuazione della Sezione "Anticorruzione e Trasparenza del PIAO" | M | Rispetto della Normativa in materia di Trasparenza | Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui alla Sezione "Anticorruzione e Trasparenza" del PIAO | 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 | P.N.R.R.: realizzazione ed attivazione del 100% delle COT previste | Entro il 31/12/2024 | Obiettivo condiviso tra AGT e UOASSI |
| 6 | 3 | Efficienza organizzativa | A | Elaborazione di un Protocollo Operativo che, partendo dalla mappatura dei processi, vada a definire le attività tra AGT, UOC ASSI ed Ingegneria Clinica per la installazione delle nuove apparecchiature e l'esecuzione dei lavori connessi | Invio protocollo Operativo alla Direzione Strategica entro il 30/06/2024 | Obiettivo condiviso tra AGT, Ingegneria Clinica e UOASSI |
| 7 | 3 4 | Efficienza organizzativa | A | Adempimenti delle circolari dell'Agenzia per la Cybersecurity Nazionale: Migrazione in Cloud di tutte le piattaforme applicative che prevedono dati sanitari | Migrazione 3 piattaforme applicative con dati sanitari entro il 31/12/2024 | |
| 8 | 3 | Efficienza organizzativa | A | Adempimenti delle circolari dell'Agenzia per la Cybersecurity Nazionale: Aumento della sicurezza delle reti locali mediante l'introduzione della segmentazione | Segmentazione delle reti radiodiagnostiche ed elettromedicali, wifi, VoIP su almeno 3 PO DEA entro il 31/12/2024 | |
| 9 | 3 | Efficienza organizzativa | M | Predisposizione documentazione tecnica per Attivazione Procedura di Gara per apparati switch, wifi e cablaggi per il completamento e messa in rete del nuovo Ospedale Monopoli-Fasano, previo finanziamento Art. 20 | Trasmissione Capitolato Tecnico entro il 31/12/2024 | Obiettivo condiviso tra AGT e UOASSI |
| 10 | 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 |
| 11 | 3 | Sanità digitale | A | Completamento attivazione Software di Gestione della Rete Trasfusionale | Completamento gestione informatizzata portale donatori - Prenotazione accessi donazione | Obiettivo comune tra Dipartimento Immunotrasfusionale e 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 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 annuale di adempimento agli obblighi informativi entro il 31/01/2024 | 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 annuale di adempimento agli obblighi informativi entro il 31/01/2024 | |
| 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 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 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 della Sezione "Anticorruzione e Trasparenza del PIAO" | M | Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione | Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dalla Sezione "Anticorruzione e Trasparenza" del PIAO e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura | Certificato da RPCT |
| 12 | 3 | Attuazione della Sezione "Anticorruzione e Trasparenza del PIAO" | M | Rispetto della Normativa in materia di Trasparenza | Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui alla Sezione "Anticorruzione e Trasparenza" del PIAO | 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 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 | Clinical governance | M | Implementazione di processo formativo teorico-pratico per i tecnici di Elettrofisiologia e Neurologi dell'adulto in ambito ospedaliero per l'esecuzione e valutazione di EEG in età pediatrica | Completamento del progetto entro il 31/12/2024 | Nella Relazione finale indicare il personale formato. Obiettivo condiviso tra Centro Territoriale Malattie Rare e UO Epilessia ed EEG Età Evolutiva |
| 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 2024 > 2023 | |
| 4 | 3 | Clinical governance | M | Istituzione ed avvio di progetto di follow-up multidisciplinare dei malati rari seguiti presso UO Epilessia ed EEG Età Evolutiva | Creazione di Agende di Gruppo dedicate alla classe di pazienti e Invio di Relazione relativa al monitoraggio alla Direzione Sanitaria entro il 31/12/2024 | Nella Relazione finale allegare documentazione. Obiettivo condiviso tra Centro Territoriale Malattie Rare, UO Programmazione, innovazione e continuità ospedale-territorio e UO Governo Liste di Attesa |
| 5 | 3 | Clinical governance | M | Elaborazione di progetto formativo teorico-pratico per il personale ADI, MMG e PLS relativo alle attività da svolgere nell'assistenza domiciliare di pazienti con malattia rara | Elaborazione presentazione del Progetto formativo alla Direzione Sanitaria entro il 30/06/2024 | Nella Relazione finale allegare documentazione. Obiettivo condiviso tra Centro Territoriale Malattie Rare e U.O. Cure Palliative |
| 6 | 3 | Clinical governance | M | Elaborazione di procedura per la gestione dell'emergenza in pazienti pediatrici con patologia cronica o rara complessa o in fase terminale | Invio della procedura all'U.O. Gestione del Rischio Clinico | Nella Relazione finale allegare documentazione relativa all'invio.. Obiettivo condiviso tra Centro Territoriale Malattie Rare e U.O. Cure Palliative |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 della Sezione "Anticorruzione e Trasparenza del PIAO" | M | Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione | Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dalla Sezione "Anticorruzione e Trasparenza" del PIAO e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura | Certificato da RPCT |
| 2 | 3 | Attuazione della Sezione "Anticorruzione e Trasparenza del PIAO" | M | Rispetto della Normativa in materia di Trasparenza | Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui alla Sezione "Anticorruzione e Trasparenza" del PIAO | 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 Case di Cura Private Accreditate, come da disposizioni della Direzione Strategica e degli Uffici Regionali | Predisposizione Determine dirigenziali di liquidazione per recupero | Subordinato alla comunicazione di recupero da parte dell'AGRF. Certificato da 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 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 PrevenzioneAllegare documentazione alla Relazione conclusiva |
| 4 | 3 | Attuazione della Sezione "Anticorruzione e Trasparenza del PIAO" | M | Rispetto della Normativa in materia di Trasparenza | Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui alla Sezione "Anticorruzione e Trasparenza" del PIAO | 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 | 4 | Comunicazione istituzionale | A | Riprogettazione del Portale Puglia Salute <<Nuovo Sito ASL BA>> | Relazione alla Direzione Strategica con materiale delle fasi di attività | Allegare la documentazione alla Relazione finale |
| 8 | 3 | Governance aziendale | A | Attività di audit nell'ambito del Piano di Audit presso le strutture esterne all'Azienda | Realizzazione di N. 2 audit di 2° livello presso 2 fornitori esterni scelti a campione | Allegare la documentazione alla Relazione finale |
| 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 2 eventi | |
| 11 | 3 | Governance aziendale | A | Aggiornamento del Regolamento Aziendale in materia di Sperimentazioni Cliniche | 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 | Attività di audit nell'ambito del Piano di Audit presso le strutture interne all'Azienda | Realizzazione di almeno N. 2 audit presso 2 servizi sanitari | Allegare la documentazione 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 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 | Organizzazione di incontri periodici sull'andamento delle liste di attesa con le Direzioni Mediche di Presidio | 2 incontri annui | Obiettivo condiviso tra Direzioni Mediche di Presidio e UOSVD Governo Liste di Attesa |
| 2 | 3 | Governo delle liste di attesa | A | Organizzazione di incontri periodici sull'andamento delle liste di attesa con le Direzioni dei Distretti | 2 incontri annui | Obiettivo condiviso tra Direzioni dei Distretti e UOSVD Governo Liste di Attesa |
| 3 | 3 | Clinical governance | M | Istituzione ed avvio di progetto di follow-up multidisciplinare dei malati rari seguiti presso UO Epilessia ed EEG Età Evolutiva | Creazione di Agende di Gruppo dedicate alla classe di pazienti e Invio di Relazione relativa al monitoraggio alla Direzione Sanitaria entro il 31/12/2024 | Nella Relazione finale allegare documentazione. Obiettivo condiviso tra Centro Territoriale Malattie Rare e UO Governo Liste di Attesa |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 | Clinical governance | M | Istituzione ed avvio di progetto di follow-up multidisciplinare dei malati rari seguiti presso UO Epilessia ed EEG Età Evolutiva | Creazione di Agende di Gruppo dedicate alla classe di pazienti e Invio di Relazione relativa al monitoraggio alla Direzione Sanitaria entro il 31/12/2024 | Nella Relazione finale allegare documentazione. Obiettivo condiviso tra Centro Territoriale Malattie Rare, UO Programmazione, innovazione e continuità ospedale-territorio e UO Governo Liste di Attesa |
| 2 | 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 40% delle Strutture ex art. 66 per il periodo 2021-2023, con trasmissione della Relazione e del database al Direttore di Dipartimento Governo della Domanda e Offerta sanitaria entro il 31/12/2024 | Obiettivo in comune tra U.O. Servizio Sociosanitario e U.O. Programmazione, innovazione e continuità ospedale-territorio |
| 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 |
| 4 | 4 | Efficienza operativa | A | Predisposizione protocollo operativo di accesso alle cure palliative residenziali | Trasmissione bozza di procedurale alla Direzione Sanitaria e Generale entro il 31/12/2024 | Con la collaborazione di DSS, UOC Cure Palliative, UOC PICOT |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

DIPARTIMENTO Servizi di Staff

UNITA' OPERATIVA UOC Controllo di Gestione

| N. | Prosp. BSC * | Descrizione | Peso ** | Indicatore | Target | Note |
|----|--------------|--|---------|---|--|--|
| 1 | 3 | Attuazione della Sezione "Anticorruzione e Trasparenza del PIAO" | M | Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione | Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dalla Sezione "Anticorruzione e Trasparenza" del PIAO e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura | Certificato da RPCT |
| 2 | 3 | Attuazione della Sezione "Anticorruzione e Trasparenza del PIAO" | M | Rispetto della Normativa in materia di Trasparenza | Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui alla Sezione "Anticorruzione e Trasparenza" del PIAO | 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 2024-2026 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 2023 | Predisposizione Bozza Bilancio di Genere entro il 31/12/2024 | Obiettivo condiviso tra AGRF, AGRU e Controllo di Gestione |
| 7 | 1 | Monitoraggio attività libero professionale | A | Predisposizione CE ALPI 1 Semestre 2024 | Predisposizione entro il 30/09/2024 | 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 2023

DIRETTORE U.O.C.

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

DIPARTIMENTO Servizi di Staff

UNITA' OPERATIVA UOC Struttura Burocratico Legale

| N. | Prosp. BSC * | Descrizione | Peso ** | Indicatore | Target | Note |
|----|--------------|--|---------|--|--|--|
| 1 | 3 | Attuazione della Sezione "Anticorruzione e Trasparenza del PIAO" | M | Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione | Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dalla Sezione "Anticorruzione e Trasparenza" del PIAO e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura | Certificato da RPCT |
| 2 | 3 | Attuazione della Sezione "Anticorruzione e Trasparenza del PIAO" | M | Rispetto della Normativa in materia di Trasparenza | Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui alla Sezione "Anticorruzione e Trasparenza" del PIAO | 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 | 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 | In collaborazione con AGRF |
| 5 | 1 | Efficienza organizzativa | M | Adozione protocollo operativo per la gestione del contenzioso del lavoro | Deliberazione entro il 31/12/2024 | Obiettivo condiviso tra SBL e AGRU. Coordinato da SBL |
| 6 | 1 | Efficienza organizzativa | M | Adozione protocollo operativo per la gestione dei provvedimenti monitori | Deliberazione entro il 31/12/2024 | Obiettivo condiviso tra SBL e AGRF. Coordinato da SBL |
| 7 | 3 | Efficienza organizzativa | M | Censimento delle attività amministrative trasversali SBL-AGRU e SBL-AGRF ai fini deflattivi del relativo contenzioso | Invio delle risultanze alla Direzione Amministrativa entro il 30/06/2024 | Obiettivo in comune tra AGRF, AGRU e SBL |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE U.O.C.

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 DSS | Avvio entro il 31/12/2024 | Allegare alla Relazione finale la documentazione della comunicazione alla Direzione Strategica dell'avvio |
| 2 | 3 | Efficienza organizzativa | A | Elaborazione di una Istruzione Operativa per ogni Area identificata nella Circolare Esplicativa delle Professioni Sanitarie (Risorse Umane, Modelli assistenziali, Rischio Clinico, Formazione post-base) | Invio della documentazione alla Direzione Sanitaria Aziendale | 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 | Monitoraggio e controllo delle procedure aziendali derivanti dalle Raccomandazioni Ministeriali | Invio della documentazione relativa 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 2023

DIRIGENTE RESPONSABILE

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 del 10% della mobilità passiva rispetto al 2023 | Certificata dalla U.O. Gestione Rapporti con Convenzionati |
| 2 | 3 2 | Formazione | B | Progetto COM.INC. Comunicare per includere - Corso di Alta Formazione su A.S.D. (seconda edizione) rivolto a vari Stakeholders della cittadinanza attiva (Altamura) - ASL BA | Organizzazione di un evento | Allegare alla Relazione finale documentazione relativa all'evento |
| 3 | 3 | Formazione | B | Realizzazione percorso formativo per personale medico, psicologico e comparto per la presa in carico di pazienti 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 |
| 4 # | 3 | Efficienza operativa | A | Fatturato prestazioni ambulatoriali esterne | Fatturato 2024 = 2023 + 10% | Dati rilevabili da CUP |
| 5 | 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 |
| 6 | 2 | Comunicazione istituzionale | B | Invio dei dati all'URP 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 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

DIPARTIMENTO Dipartimento Medicina dell'età evolutiva

UNITA' OPERATIVA UOSVD NPIA - Area Centrale e Autismo

| N. | Prosp. BSC * | Descrizione | Peso ** | Indicatore | Target | Note |
|-----|--------------|---|---------|--|---|--|
| 1 | 3 2 | Miglioramento della qualità assistenziale | A | Avvio del percorso sperimentale di intervento per la presa in carico precoce di minori di età 18-60 mesi con autismo | Presa in carico di un primo gruppo di bambini pari ad almeno 30 unità | Allegare alla Relazione finale documentazione relativa agli interventi effettivi svolti |
| 2 | 3 2 | Miglioramento della qualità assistenziale | M | Redazione di protocollo interno ospedale-territorio di intervento/valutazione nella diagnosi e trattamento DAN | Invio del Protocollo alla Direzione Sanitaria Aziendale | Allegare alla Relazione finale documentazione relativa all'invio |
| 3 | 3 | Formazione | B | Realizzazione percorso formativo per personale medico, psicologico e comparto su nuove dipendenze, DAN, Psicofarmacologia, Altro | Organizzazione di evento formativo ECM | Nella Relazione di fine anno descrivere data, sede, n. partecipanti |
| 4 # | 3 | Efficienza operativa | A | Fatturato prestazioni ambulatoriali esterne | Fatturato 2024 = 2023 + 10% | Dati rilevabili da CUP |
| 5 | 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 |
| 6 | 2 | Comunicazione istituzionale | B | Invio dei dati all'URP per l'aggiornamento del Portale aziendale | Invio quadrimestrale dei dati | Certificato dall'U.O. Servizio di Informazione e Comunicazione istituzionale |
| 7 | 3 2 | Miglioramento della qualità assistenziale | M | Sperimentazione del PDTA per ADHD | Numero pazienti coinvolti: almeno 10 | Allegare alla Relazione finale documentazione relativa agli interventi effettivi svolti |
| 8 | 3 | Miglioramento della qualità assistenziale | M | Osservatorio delle buone prassi TdM e servizi sociosanitari territoriali dell'età evolutiva | 4 riunioni verbalizzate TDM NPIA Area centrale | Allegare alla Relazione finale i verbali delle riunioni |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 della Sezione "Anticorruzione e Trasparenza del PIAO" | M | Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione | Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dalla Sezione "Anticorruzione e Trasparenza" del PIAO e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura | Certificato da RPCT |
| 3 | 3 | Attuazione della Sezione "Anticorruzione e Trasparenza del PIAO" | M | Rispetto della Normativa in materia di Trasparenza | Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui alla Sezione "Anticorruzione e Trasparenza" del PIAO | 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 | 2 | Comunicazione istituzionale | B | Invio dei dati all'URP 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 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 5° giorno lavorativo di ogni mese | La scheda di monitoraggio è firmata dal dirigente UOS e inviata dalla UOC di afferenza a dipartimento.dipendenzepatologiche@asl.bari.it |
| 2 | 2 | Qualità flussi informativi | M | Rispetto dello scadenziario di ogni flusso informativo richiesto dalla direzione DDP | Trasmissione tempestiva dei flussi all'indirizzo dipartimento.dipendenzepatologiche@asl.bari.it | A cura di ogni dirigente UOS per il tramite della UOC di afferenza |
| 3 | 3 | 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 |
| 4 | 2 3 | Miglioramento della qualità percepita | B | Realizzazione di un questionario sulla qualità percepita da somministrare ad alunni, genitori e insegnanti al fine di valutare il gradimento degli interventi di prevenzione | Somministrazione dei questionari ai partecipanti agli eventi di prevenzione (alimento 5 docenti, 5 genitori e 20 alunni) per UOC con specifici riferimenti ad eventuali azioni correttive/migliorative | Invio relazione alla Direzione Dipartimento entro il 31/12 |
| 5 | 3 4 | Clinical governance | A | Redazione di PDTA/procedura per la presa in carico multidisciplinare del paziente con Disturbo Gioco d'Azzardo (DGA) | Invio del PDTA/Procedura alla Direzione del Dipartimento ed inoltra all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità | Allegare documentazione dell'invio alla Relazione finale |
| 6 | 3 4 | Formazione | B | Evento formativo sugli Strumenti diagnostici secondo evidenze scientifiche per la diagnosi di GAP | Partecipazione di tutto il personale dirigente e di comparto del DDP, oltre al personale di Enti convenzionati ex DPR 309/90 ad | Nella relazione da inviare al Direttore DSM-DDP indicare data e numero dei partecipanti |
| 7 | 3 4 | Efficienza organizzativa | A | Definizione di procedura per l'inserimento in Comunità Terapeutica | Invio della Procedura all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità | Allegare documentazione dell'invio alla Relazione finale |
| 8 | 2 | Comunicazione istituzionale | B | Invio dei dati all'URP 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 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 5° giorno lavorativo di ogni mese | La scheda di monitoraggio è firmata dal dirigente UOS e inviata dalla UOC di afferenza a dipartimento.dipendenzepatologiche@asl.bari.it |
| 2 | 2 | Qualità flussi informativi | M | Rispetto dello scadenziario di ogni flusso informativo richiesto dalla direzione DDP | Trasmissione tempestiva dei flussi all'indirizzo dipartimento.dipendenzepatologiche@asl.bari.it | A cura di ogni dirigente UOS per il tramite della UOC di afferenza |
| 3 | 3 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 |
| 4 | 2 3 | Miglioramento della qualità percepita | B | Realizzazione di un questionario sulla qualità percepita da somministrare ad alunni, genitori e insegnanti al fine di valutare il gradimento degli interventi di prevenzione | Somministrazione dei questionari ai partecipanti agli eventi di prevenzione (alimento 5 docenti, 5 genitori e 20 alunni) per UOC con specifici riferimenti ad eventuali azioni correttive/migliorative | Invio relazione alla Direzione Dipartimento entro il 31/12 |
| 5 | 3 4 | Clinical governance | A | Redazione di PDTA/procedura per la presa in carico multidisciplinare del paziente con Disturbo Gioco d'Azzardo (DGA) | Invio del PDTA/Procedura alla Direzione del Dipartimento ed inoltra all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità | Allegare documentazione dell'invio alla Relazione finale |
| 6 | 3 4 | Formazione | B | Evento formativo sugli Strumenti diagnostici secondo evidenze scientifiche per la diagnosi di GAP | Partecipazione di tutto il personale dirigente e di comparto del DDP, oltre al personale di Enti convenzionati ex DPR 309/90 ad | Nella relazione da inviare al Direttore DSM-DDP indicare data e numero dei partecipanti |
| 7 | 3 4 | Efficienza organizzativa | A | Definizione di procedura per l'inserimento in Comunità Terapeutica | Invio della Procedura all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità | Allegare documentazione dell'invio alla Relazione finale |
| 8 | 2 | Comunicazione istituzionale | B | Invio dei dati all'URP 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 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 della Sezione "Anticorruzione e Trasparenza del PIAO" | M | Rispetto della Normativa in materia di Trasparenza | Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui alla Sezione "Anticorruzione e Trasparenza" del PIAO | Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 |
| 3 | 3 | Attuazione della Sezione "Anticorruzione e Trasparenza del PIAO" | M | Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione | Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dalla Sezione "Anticorruzione e Trasparenza" del PIAO 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 esperienziale (con 3 edizioni) Interventi di de-escalation e gestione del paziente con comportamento aggressivo | Partecipazione personale >50% del DSM | Evento Dipartimentale - Nella Relazione finale da inviare al Direttore DSM indicare data e numero dei partecipanti allegando firme presenze. |
| 8 | 2 | Lotta allo Stigma | B | Realizzazione di almeno un evento di sensibilizzazione delle comunità per la lotta allo stigma | Partecipazione >70% personale del DSM | Nella relazione di fine anno descrivere data, sede, n. partecipanti allegando firme presenze. |
| 9 | 2 | Comunicazione istituzionale | B | Invio dei dati all'URP 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 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 Raccomandazioni Ministeriali n.7, 12, 17, 18 | 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 | M | Gestione dei casi difficili in collaborazione con i CSM - Monitoraggio del fenomeno Revolving Door intraziendale (%nuovo ricovero entro 7 gg e 30gg) | Relazione quadrimestrale ed annuale sul monitoraggio dei Revolving Door | Relazione finale da inviare al Direttore DSM. Obiettivo in condivisione SPDC - CSM |
| 4 3 | Appropriatezza setting assistenziale | A | Monitoraggio e riduzione degli eventi di contenzione meccanica | Riduzione del 20% rispetto agli eventi registrati per il 2023 | Monitoraggio del n. della contenzione con invio report quadrimestrale alla Direzione DSM Relazione finale da inviare al Direttore DSM |
| 5 3 | Formazione | B | Realizzazione di un evento esperienziale (con 3 edizioni) "Disturbi del neurosviluppo: autismo, DSA e ADHD dell'adulto - Addestramento all'utilizzo di scale finalizzate alla diagnosi" | Partecipazione personale >50% del DSM | Evento Dipartimentale - Nella Relazione finale da inviare al Direttore DSM indicare data e numero dei partecipanti allegando firme presenze. |
| 6 3 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Monitoraggio degli eventi di ricovero/ricaduta dopo somministrazione di Long Acting | Comparazione del numero di ricoveri ed interventi in urgenza negli N. mesi successivi la somministrazione del LAI rispetto agli N. mesi precedenti | Il monitoraggio potrà giustificare l'uso dei LAI o orientare al loro disuso |
| 7 2 4 | Lotta allo Stigma | B | Realizzazione di almeno un evento di sensibilizzazione delle comunità per la lotta allo stigma | Partecipazione >70% personale del DSM | Nella relazione di fine anno descrivere data, sede, n. partecipanti allegando firme presenze. |
| 8 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Farmaci / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 9 # 3 4 | Sanità digitale | B | Percentuale di Cartelle Cliniche Elettroniche chiuse | 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 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 Raccomandazioni Ministeriali n.7, 12, 17, 18 | 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 | M | Gestione dei casi difficili in collaborazione con i CSM - Monitoraggio del fenomeno Revolving Door intraziendale (%nuovo ricovero entro 7 gg e 30gg) | Relazione quadrimestrale ed annuale sul monitoraggio dei Revolving Door | Relazione finale da inviare al Direttore DSM. Obiettivo in condivisione SPDC - CSM |
| 4 3 | Appropriatezza setting assistenziale | A | Monitoraggio e riduzione degli eventi di contenzione meccanica | Riduzione del 20% rispetto agli eventi registrati per il 2023 | Monitoraggio del n. della contenzione con invio report quadrimestrale alla Direzione DSM Relazione finale da inviare al Direttore DSM |
| 5 3 | Formazione | B | Realizzazione di un evento esperienziale (con 3 edizioni) "Disturbi del neurosviluppo: autismo, DSA e ADHD dell'adulto - Addestramento all'utilizzo di scale finalizzate alla diagnosi" | Partecipazione personale >50% del DSM | Evento Dipartimentale - Nella Relazione finale da inviare al Direttore DSM indicare data e numero dei partecipanti allegando firme presenze. |
| 6 3 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Monitoraggio degli eventi di ricovero/ricaduta dopo somministrazione di Long Acting | Comparazione del numero di ricoveri ed interventi in urgenza negli N. mesi successivi la somministrazione del LAI rispetto agli N. mesi precedenti | Il monitoraggio potrà giustificare l'uso dei LAI o orientare al loro disuso |
| 7 2 4 | Lotta allo Stigma | B | Realizzazione di almeno un evento di sensibilizzazione delle comunità per la lotta allo stigma | Partecipazione >70% personale del DSM | Nella relazione di fine anno descrivere data, sede, n. partecipanti allegando firme presenze. |
| 8 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Farmaci / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 9 # 3 4 | Sanità digitale | B | Percentuale di Cartelle Cliniche Elettroniche chiuse | ≥ 90% | |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

DIPARTIMENTO Dipartimento di Salute Mentale

UNITA' OPERATIVA UOC DSM - CSM Area 1

| N. | Prosp. BSC * | Descrizione | Peso ** | Indicatore | Target | Note |
|----|--------------|--------------------------------------|---------|---|--|--|
| 1 | 3 | Clinical governance | A | Prevenzione e Gestione Integrata dei fenomeni di marginalità e inclusione sociale | Linee operative con Enti (Servizi Socio-Sanitari, Comuni, Forze dell'Ordine ecc.) almeno un Ente a scelta | Invio relazione finale al Direttore DSM |
| 2 | 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 finale da inviare al Direttore DSM riportare il numero delle Strutture Riabilitative sottoposte a controllo con l'utilizzo della Scheda |
| 3 | 3 | Formazione | B | Realizzazione di un evento esperienziale (con 3 edizioni) "Disturbi del neurosviluppo: autismo, DSA e ADHD dell'adulto - Addestramento all'utilizzo di scale finalizzate alla diagnosi" | Partecipazione personale >50% del DSM | Evento Dipartimentale - Nella Relazione finale da inviare al Direttore DSM indicare data e numero dei partecipanti allegando firme presenze. |
| 4 | 3 | Appropriatezza setting assistenziale | M | Gestione dei casi difficili in collaborazione con i CSM - Monitoraggio del fenomeno Revolving Door intraziendale (%nuovo ricovero entro 7 gg e 30gg) | Relazione quadrimestrale ed annuale sul monitoraggio dei Revolving Door | Relazione finale da inviare al Direttore DSM. Obiettivo in condivisione SPDC - CSM |
| 5 | 3 | Appropriatezza setting assistenziale | A | Monitoraggio del drop out dei primi contatti esitati in presa in carico in un anno nel CSM | Invio Relazione sul monitoraggio alla Direzione del Dipartimento | Nella Relazione finale allegare documentazione dell'invio alla Direzione del Dipartimento. Obiettivo in condivisione CSM - Psicologia Clinica – UOSVD Esordi Psicotici - UOSVD DCA |
| 6 | 2 4 | Lotta allo Stigma | B | Realizzazione di almeno un evento di sensibilizzazione delle comunità per la lotta allo stigma | Partecipazione >70% personale del DSM | Nella relazione di fine anno descrivere data, sede, n. partecipanti allegando firme presenze. |
| 7 | 3 | Clinical governance | M | Linee operative interne su azioni integrate CCSSMM e UOSVD Psichiatria Penitenziaria per la gestione del paziente autore di reato (appropriatezza dei PTRI, misure dell'AG e CRAP dedicate) | Invio delle Linee operative condivise tra CCSSMM e UOSVD Psichiatria Penitenziaria alla Direzione del Dipartimento | Nella Relazione finale allegare documentazione dell'invio delle Linee operative alla Direzione del Dipartimento |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

DIPARTIMENTO Dipartimento di Salute Mentale

UNITA' OPERATIVA UOC DSM - CSM Area 2

| N. | Prosp. BSC * | Descrizione | Peso ** | Indicatore | Target | Note |
|----|--------------|--------------------------------------|---------|---|--|--|
| 1 | 3 | Clinical governance | A | Prevenzione e Gestione Integrata dei fenomeni di marginalità e inclusione sociale | Linee operative con Enti (Servizi Socio-Sanitari, Comuni, Forze dell'Ordine ecc.) almeno un Ente a scelta | Invio relazione finale al Direttore DSM |
| 2 | 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 finale da inviare al Direttore DSM riportare il numero delle Strutture Riabilitative sottoposte a controllo con l'utilizzo della Scheda |
| 3 | 3 | Formazione | B | Realizzazione di un evento esperienziale (con 3 edizioni) "Disturbi del neurosviluppo: autismo, DSA e ADHD dell'adulto - Addestramento all'utilizzo di scale finalizzate alla diagnosi" | Partecipazione personale >50% del DSM | Evento Dipartimentale - Nella Relazione finale da inviare al Direttore DSM indicare data e numero dei partecipanti allegando firme presenze. |
| 4 | 3 | Appropriatezza setting assistenziale | M | Gestione dei casi difficili in collaborazione con i CSM - Monitoraggio del fenomeno Revolving Door intraziendale (%nuovo ricovero entro 7 gg e 30gg) | Relazione quadrimestrale ed annuale sul monitoraggio dei Revolving Door | Relazione finale da inviare al Direttore DSM. Obiettivo in condivisione SPDC - CSM |
| 5 | 3 | Appropriatezza setting assistenziale | A | Monitoraggio del drop out dei primi contatti esitati in presa in carico in un anno nel CSM | Invio Relazione sul monitoraggio alla Direzione del Dipartimento | Nella Relazione finale allegare documentazione dell'invio alla Direzione del Dipartimento. Obiettivo in condivisione CSM - Psicologia Clinica – UOSVD Esordi Psicotici - UOSVD DCA |
| 6 | 2 4 | Lotta allo Stigma | B | Realizzazione di almeno un evento di sensibilizzazione delle comunità per la lotta allo stigma | Partecipazione >70% personale del DSM | Nella relazione di fine anno descrivere data, sede, n. partecipanti allegando firme presenze. |
| 7 | 3 | Clinical governance | M | Linee operative interne su azioni integrate CCSSMM e UOSVD Psichiatria Penitenziaria per la gestione del paziente autore di reato (appropriatezza dei PTRI, misure dell'AG e CRAP dedicate) | Invio delle Linee operative condivise tra CCSSMM e UOSVD Psichiatria Penitenziaria alla Direzione del Dipartimento | Nella Relazione finale allegare documentazione dell'invio delle Linee operative alla Direzione del Dipartimento |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

DIPARTIMENTO Dipartimento di Salute Mentale

UNITA' OPERATIVA UOC DSM - CSM Area 3

| N. | Prosp. BSC * | Descrizione | Peso ** | Indicatore | Target | Note |
|----|--------------|--------------------------------------|---------|---|--|--|
| 1 | 3 | Clinical governance | A | Prevenzione e Gestione Integrata dei fenomeni di marginalità e inclusione sociale | Linee operative con Enti (Servizi Socio-Sanitari, Comuni, Forze dell'Ordine ecc.) almeno un Ente a scelta | Invio relazione finale al Direttore DSM |
| 2 | 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 finale da inviare al Direttore DSM riportare il numero delle Strutture Riabilitative sottoposte a controllo con l'utilizzo della Scheda |
| 3 | 3 | Formazione | B | Realizzazione di un evento esperienziale (con 3 edizioni) "Disturbi del neurosviluppo: autismo, DSA e ADHD dell'adulto - Addestramento all'utilizzo di scale finalizzate alla diagnosi" | Partecipazione personale >50% del DSM | Evento Dipartimentale - Nella Relazione finale da inviare al Direttore DSM indicare data e numero dei partecipanti allegando firme presenze. |
| 4 | 3 | Appropriatezza setting assistenziale | M | Gestione dei casi difficili in collaborazione con i CSM - Monitoraggio del fenomeno Revolving Door intraziendale (%nuovo ricovero entro 7 gg e 30gg) | Relazione quadrimestrale ed annuale sul monitoraggio dei Revolving Door | Relazione finale da inviare al Direttore DSM. Obiettivo in condivisione SPDC - CSM |
| 5 | 3 | Appropriatezza setting assistenziale | A | Monitoraggio del drop out dei primi contatti esitati in presa in carico in un anno nel CSM | Invio Relazione sul monitoraggio alla Direzione del Dipartimento | Nella Relazione finale allegare documentazione dell'invio alla Direzione del Dipartimento. Obiettivo in condivisione CSM - Psicologia Clinica – UOSVD Esordi Psicotici - UOSVD DCA |
| 6 | 2 4 | Lotta allo Stigma | B | Realizzazione di almeno un evento di sensibilizzazione delle comunità per la lotta allo stigma | Partecipazione >70% personale del DSM | Nella relazione di fine anno descrivere data, sede, n. partecipanti allegando firme presenze. |
| 7 | 3 | Clinical governance | M | Linee operative interne su azioni integrate CCSSMM e UOSVD Psichiatria Penitenziaria per la gestione del paziente autore di reato (appropriatezza dei PTRI, misure dell'AG e CRAP dedicate) | Invio delle Linee operative condivise tra CCSSMM e UOSVD Psichiatria Penitenziaria alla Direzione del Dipartimento | Nella Relazione finale allegare documentazione dell'invio delle Linee operative alla Direzione del Dipartimento |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

DIPARTIMENTO Dipartimento di Salute Mentale

UNITA' OPERATIVA UOC DSM - CSM Area 4

| N. | Prosp. BSC * | Descrizione | Peso ** | Indicatore | Target | Note |
|----|--------------|--------------------------------------|---------|---|--|--|
| 1 | 3 | Clinical governance | A | Prevenzione e Gestione Integrata dei fenomeni di marginalità e inclusione sociale | Linee operative con Enti (Servizi Socio-Sanitari, Comuni, Forze dell'Ordine ecc.) almeno un Ente a scelta | Invio relazione finale al Direttore DSM |
| 2 | 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 finale da inviare al Direttore DSM riportare il numero delle Strutture Riabilitative sottoposte a controllo con l'utilizzo della Scheda |
| 3 | 3 | Formazione | B | Realizzazione di un evento esperienziale (con 3 edizioni) "Disturbi del neurosviluppo: autismo, DSA e ADHD dell'adulto - Addestramento all'utilizzo di scale finalizzate alla diagnosi" | Partecipazione personale >50% del DSM | Evento Dipartimentale - Nella Relazione finale da inviare al Direttore DSM indicare data e numero dei partecipanti allegando firme presenze. |
| 4 | 3 | Appropriatezza setting assistenziale | M | Gestione dei casi difficili in collaborazione con i CSM - Monitoraggio del fenomeno Revolving Door intraziendale (%nuovo ricovero entro 7 gg e 30gg) | Relazione quadrimestrale ed annuale sul monitoraggio dei Revolving Door | Relazione finale da inviare al Direttore DSM. Obiettivo in condivisione SPDC - CSM |
| 5 | 3 | Appropriatezza setting assistenziale | A | Monitoraggio del drop out dei primi contatti esitati in presa in carico in un anno nel CSM | Invio Relazione sul monitoraggio alla Direzione del Dipartimento | Nella Relazione finale allegare documentazione dell'invio alla Direzione del Dipartimento. Obiettivo in condivisione CSM - Psicologia Clinica – UOSVD Esordi Psicotici - UOSVD DCA |
| 6 | 2 4 | Lotta allo Stigma | B | Realizzazione di almeno un evento di sensibilizzazione delle comunità per la lotta allo stigma | Partecipazione >70% personale del DSM | Nella relazione di fine anno descrivere data, sede, n. partecipanti allegando firme presenze. |
| 7 | 3 | Clinical governance | M | Linee operative interne su azioni integrate CCSSMM e UOSVD Psichiatria Penitenziaria per la gestione del paziente autore di reato (appropriatezza dei PTRI, misure dell'AG e CRAP dedicate) | Invio delle Linee operative condivise tra CCSSMM e UOSVD Psichiatria Penitenziaria alla Direzione del Dipartimento | Nella Relazione finale allegare documentazione dell'invio delle Linee operative alla Direzione del Dipartimento |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

DIPARTIMENTO Dipartimento di Salute Mentale

UNITA' OPERATIVA UOC DSM - CSM Area 5

| N. | Prosp. BSC * | Descrizione | Peso ** | Indicatore | Target | Note |
|----|--------------|--------------------------------------|---------|---|--|--|
| 1 | 3 | Clinical governance | A | Prevenzione e Gestione Integrata dei fenomeni di marginalità e inclusione sociale | Linee operative con Enti (Servizi Socio-Sanitari, Comuni, Forze dell'Ordine ecc.) almeno un Ente a scelta | Invio relazione finale al Direttore DSM |
| 2 | 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 finale da inviare al Direttore DSM riportare il numero delle Strutture Riabilitative sottoposte a controllo con l'utilizzo della Scheda |
| 3 | 3 | Formazione | B | Realizzazione di un evento esperienziale (con 3 edizioni) "Disturbi del neurosviluppo: autismo, DSA e ADHD dell'adulto - Addestramento all'utilizzo di scale finalizzate alla diagnosi" | Partecipazione personale >50% del DSM | Evento Dipartimentale - Nella Relazione finale da inviare al Direttore DSM indicare data e numero dei partecipanti allegando firme presenze. |
| 4 | 3 | Appropriatezza setting assistenziale | M | Gestione dei casi difficili in collaborazione con i CSM - Monitoraggio del fenomeno Revolving Door intraziendale (%nuovo ricovero entro 7 gg e 30gg) | Relazione quadrimestrale ed annuale sul monitoraggio dei Revolving Door | Relazione finale da inviare al Direttore DSM. Obiettivo in condivisione SPDC - CSM |
| 5 | 3 | Appropriatezza setting assistenziale | A | Monitoraggio del drop out dei primi contatti esitati in presa in carico in un anno nel CSM | Invio Relazione sul monitoraggio alla Direzione del Dipartimento | Nella Relazione finale allegare documentazione dell'invio alla Direzione del Dipartimento. Obiettivo in condivisione CSM - Psicologia Clinica – UOSVD Esordi Psicotici - UOSVD DCA |
| 6 | 2 4 | Lotta allo Stigma | B | Realizzazione di almeno un evento di sensibilizzazione delle comunità per la lotta allo stigma | Partecipazione >70% personale del DSM | Nella relazione di fine anno descrivere data, sede, n. partecipanti allegando firme presenze. |
| 7 | 3 | Clinical governance | M | Linee operative interne su azioni integrate CCSSMM e UOSVD Psichiatria Penitenziaria per la gestione del paziente autore di reato (appropriatezza dei PTRI, misure dell'AG e CRAP dedicate) | Invio delle Linee operative condivise tra CCSSMM e UOSVD Psichiatria Penitenziaria alla Direzione del Dipartimento | Nella Relazione finale allegare documentazione dell'invio delle Linee operative alla Direzione del Dipartimento |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

DIPARTIMENTO Dipartimento di Salute Mentale

UNITA' OPERATIVA UOC DSM - CSM Area 6

| N. | Prosp. BSC * | Descrizione | Peso ** | Indicatore | Target | Note |
|----|--------------|--------------------------------------|---------|---|--|--|
| 1 | 3 | Clinical governance | A | Prevenzione e Gestione Integrata dei fenomeni di marginalità e inclusione sociale | Linee operative con Enti (Servizi Socio-Sanitari, Comuni, Forze dell'Ordine ecc.) almeno un Ente a scelta | Invio relazione finale al Direttore DSM |
| 2 | 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 finale da inviare al Direttore DSM riportare il numero delle Strutture Riabilitative sottoposte a controllo con l'utilizzo della Scheda |
| 3 | 3 | Formazione | B | Realizzazione di un evento esperienziale (con 3 edizioni) "Disturbi del neurosviluppo: autismo, DSA e ADHD dell'adulto - Addestramento all'utilizzo di scale finalizzate alla diagnosi" | Partecipazione personale >50% del DSM | Evento Dipartimentale - Nella Relazione finale da inviare al Direttore DSM indicare data e numero dei partecipanti allegando firme presenze. |
| 4 | 3 | Appropriatezza setting assistenziale | M | Gestione dei casi difficili in collaborazione con i CSM - Monitoraggio del fenomeno Revolving Door intraziendale (%nuovo ricovero entro 7 gg e 30gg) | Relazione quadrimestrale ed annuale sul monitoraggio dei Revolving Door | Relazione finale da inviare al Direttore DSM. Obiettivo in condivisione SPDC - CSM |
| 5 | 3 | Appropriatezza setting assistenziale | A | Monitoraggio del drop out dei primi contatti esitati in presa in carico in un anno nel CSM | Invio Relazione sul monitoraggio alla Direzione del Dipartimento | Nella Relazione finale allegare documentazione dell'invio alla Direzione del Dipartimento. Obiettivo in condivisione CSM - Psicologia Clinica – UOSVD Esordi Psicotici - UOSVD DCA |
| 6 | 2 4 | Lotta allo Stigma | B | Realizzazione di almeno un evento di sensibilizzazione delle comunità per la lotta allo stigma | Partecipazione >70% personale del DSM | Nella relazione di fine anno descrivere data, sede, n. partecipanti allegando firme presenze. |
| 7 | 3 | Clinical governance | M | Linee operative interne su azioni integrate CCSSMM e UOSVD Psichiatria Penitenziaria per la gestione del paziente autore di reato (appropriatezza dei PTRI, misure dell'AG e CRAP dedicate) | Invio delle Linee operative condivise tra CCSSMM e UOSVD Psichiatria Penitenziaria alla Direzione del Dipartimento | Nella Relazione finale allegare documentazione dell'invio delle Linee operative alla Direzione del Dipartimento |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

DIPARTIMENTO Dipartimento di Salute Mentale

UNITA' OPERATIVA UOC DSM - CSM Area 7

| N. | Prosp. BSC * | Descrizione | Peso ** | Indicatore | Target | Note |
|----|--------------|--------------------------------------|---------|---|--|--|
| 1 | 3 | Clinical governance | A | Prevenzione e Gestione Integrata dei fenomeni di marginalità e inclusione sociale | Linee operative con Enti (Servizi Socio-Sanitari, Comuni, Forze dell'Ordine ecc.) almeno un Ente a scelta | Invio relazione finale al Direttore DSM |
| 2 | 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 finale da inviare al Direttore DSM riportare il numero delle Strutture Riabilitative sottoposte a controllo con l'utilizzo della Scheda |
| 3 | 3 | Formazione | B | Realizzazione di un evento esperienziale (con 3 edizioni) "Disturbi del neurosviluppo: autismo, DSA e ADHD dell'adulto - Addestramento all'utilizzo di scale finalizzate alla diagnosi" | Partecipazione personale >50% del DSM | Evento Dipartimentale - Nella Relazione finale da inviare al Direttore DSM indicare data e numero dei partecipanti allegando firme presenze. |
| 4 | 3 | Appropriatezza setting assistenziale | M | Gestione dei casi difficili in collaborazione con i CSM - Monitoraggio del fenomeno Revolving Door intraziendale (%nuovo ricovero entro 7 gg e 30gg) | Relazione quadrimestrale ed annuale sul monitoraggio dei Revolving Door | Relazione finale da inviare al Direttore DSM. Obiettivo in condivisione SPDC - CSM |
| 5 | 3 | Appropriatezza setting assistenziale | A | Monitoraggio del drop out dei primi contatti esitati in presa in carico in un anno nel CSM | Invio Relazione sul monitoraggio alla Direzione del Dipartimento | Nella Relazione finale allegare documentazione dell'invio alla Direzione del Dipartimento. Obiettivo in condivisione CSM - Psicologia Clinica – UOSVD Esordi Psicotici - UOSVD DCA |
| 6 | 2 4 | Lotta allo Stigma | B | Realizzazione di almeno un evento di sensibilizzazione delle comunità per la lotta allo stigma | Partecipazione >70% personale del DSM | Nella relazione di fine anno descrivere data, sede, n. partecipanti allegando firme presenze. |
| 7 | 3 | Clinical governance | M | Linee operative interne su azioni integrate CCSSMM e UOSVD Psichiatria Penitenziaria per la gestione del paziente autore di reato (appropriatezza dei PTRI, misure dell'AG e CRAP dedicate) | Invio delle Linee operative condivise tra CCSSMM e UOSVD Psichiatria Penitenziaria alla Direzione del Dipartimento | Nella Relazione finale allegare documentazione dell'invio delle Linee operative alla Direzione del Dipartimento |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 2024 entro il 15/09/2024 N. 1 Report relativo all'anno 2024 entro 28/02/2025 | Da inviare al Direttore del Dipartimento |
| 3 | 2 4 | Lotta allo Stigma | B | Effettuazione eventi di lotta allo stigma e/o promozione della salute rivolto a popolazione target a rischio DCA e/o operatori socio-sanitari | Partecipazione >70% personale del DSM | Nella relazione di fine anno descrivere data, sede, n. partecipanti allegando firme presenze. |
| 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 2024 e confronto anni precedenti | Relazione finale da inviare al DSM |
| 5 | 2 | Clinical governance | M | Programma strutturato di Psicoeducazione per familiari di soggetti con DCA in carico alla UOSVD DCA | Almeno 7 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. |
| 6 | 3 2 | Clinical governance | M | 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) | Relazione finale da inviare al DSM |
| 7 | 3 | Formazione | B | Accoglienza soggetti DCA in PS ASL BA Realizzazione evento formativo sui DCA per Percorso Lilla in Pronto Soccorso a cura di UOSVD DCA e DEA | N tre edizioni evento formativo per medici, infermieri, OSS di tutti i PP.SS della ASL BA con partecipazione =>70% personale del DEA | Obiettivo previsto da in DGR 1853/2022. Condiviso tra PP.SS: e UOSVD DCA. Nella relazione di fine anno descrivere data, sede, n. partecipanti allegando firme presenze |
| 8 | 3 | Appropriatezza setting assistenziale | A | Monitoraggio del drop out dei primi contatti esitati in presa in carico in un anno nella UOSVD | Invio Relazione sul monitoraggio alla Direzione del Dipartimento | Nella Relazione finale allegare documentazione dell'invio alla Direzione del Dipartimento. Obiettivo in condivisione CSM - Psicologia Clinica – UOSVD Esordi Psicotici - UOSVD DCA |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 | B | Realizzazione di almeno un evento di sensibilizzazione delle comunità per la lotta allo stigma | Partecipazione >70% personale del DSM | Nella relazione di fine anno descrivere data, sede, n. partecipanti allegando firme presenze. |
| 2 | 3 | Appropriatezza setting assistenziale | A | Monitoraggio del drop out dei primi contatti esitati in presa in carico in un anno | Invio Relazione sul monitoraggio alla Direzione del Dipartimento | Nella Relazione finale allegare documentazione dell'invio alla Direzione del Dipartimento. Obiettivo in condivisione CSM - Psicologia Clinica – UOSVD Esordi Psicotici - UOSVD DCA |
| 3 | 3 | Formazione | B | Realizzazione di un evento esperienziale (con 3 edizioni) "Disturbi del neurosviluppo: autismo, DSA e ADHD dell'adulto - Addestramento all'utilizzo di scale finalizzate alla diagnosi" | Partecipazione personale >50% del DSM | Evento Dipartimentale - Nella Relazione finale da inviare al Direttore DSM indicare data e numero dei partecipanti allegando firme presenze. |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

DIPARTIMENTO Dipartimento di Salute Mentale

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

| N. | Prosp. BSC * | Descrizione | Peso ** | Indicatore | Target | Note |
|----|--------------|---------------------|---------|---|--|--|
| 1 | 3 | Formazione | M | Supervisione dei PTRI e ciclo di incontri con équipes CRAP Autori di reato | Utenti autori di reato Supervisione > 30% dei PTRI dei pazienti del DSM inseriti nelle CRAP Dedicate | Presentazione e relazione sul lavoro di supervisione |
| 2 | 3 | Clinical governance | M | Linee operative interne su azioni integrate CCSSMM e UOSVD Psichiatria Penitenziaria per la gestione del paziente autore di reato (appropriatezza dei PTRI, misure dell'AG e CRAP dedicate) | Invio delle Linee operative condivise tra CCSSMM e UOSVD Psichiatria Penitenziaria alla Direzione del Dipartimento | Nella Relazione finale allegare documentazione dell'invio delle Linee operative alla Direzione del Dipartimento |
| 3 | 2 4 | Lotta allo Stigma | B | Realizzazione di almeno un evento di sensibilizzazione delle comunità per la lotta allo stigma | Partecipazione >70% personale del DSM | Nella relazione di fine anno descrivere data, sede, n. partecipanti allegando firme presenze. |
| 4 | 3 | Formazione | B | Realizzazione di un evento esperienziale (con 3 edizioni) "Disturbi del neurosviluppo: autismo, DSA e ADHD dell'adulto - Addestramento all'utilizzo di scale finalizzate alla diagnosi" | Partecipazione personale >50% del DSM | Evento Dipartimentale - Nella Relazione finale da inviare al Direttore DSM indicare data e numero dei partecipanti allegando firme presenze. |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

DIPARTIMENTO Dipartimento di Salute Mentale

UNITA' OPERATIVA UOSVD DSM - Esordi Psicotici

| N. | Prosp. BSC * | Descrizione | Peso ** | Indicatore | Target | Note |
|----|--------------|--------------------------------------|---------|--|---|---|
| 1 | 2 3 | Clinical Governance | B | Raccolta per una valutazione quantitativa e qualitativa degli eventi di vita stressanti e traumatici infantili tramite questionario autosomministrato agli utenti afferenti all'UOSVD Esordi Psicotici | Compilazione da parte dell'80% degli utenti ed elaborazione di statistiche sui dati raccolti | Allegare alla relazione finale report riepilogativo e statistiche |
| 2 | 4 3 | Clinical Governance | M | Comprensione ed utilizzo dell'Intelligenza Artificiale Generativa in attività di gruppo con utenti afferenti alla UOSVD Esordi Psicotici | Formazione di 2 gruppi di massimo 15 utenti per due incontri della durata di 90 minuti | Allegare relazione sull'argomento nella Relazione finale |
| 3 | 3 2 | Appropriatezza setting assistenziale | M | Offerta di interventi specifici di gruppo per popolazioni di pazienti con doppia diagnosi e rispettive famiglie | Formazione di 2 gruppi terapeutici così costituiti: gruppo A formato da massimo 10 utenti; gruppo B formato da almeno un genitore degli utenti del gruppo A | Allegare alla relazione finale report riepilogativo |
| 4 | 4 | Clinical Governance | B | Intervento di sensibilizzazione sul disagio giovanile e gli interventi precoci | Coinvolgimento di studenti, famiglie e docenti di almeno 2 istituti di scuola media superiore | Allegare alla relazione finale report riepilogativo sulle date, sedi, n. partecipanti e locandine |
| 5 | 2 4 | Lotta allo Stigma | B | Realizzazione di almeno un evento di sensibilizzazione delle comunità per la lotta allo stigma | Partecipazione >70% personale del DSM | Nella relazione di fine anno descrivere data, sede, n. partecipanti allegando firme presenze. |
| 6 | 3 | Formazione | B | Realizzazione di un evento esperienziale (con 3 edizioni) "Disturbi del neurosviluppo: autismo, DSA e ADHD dell'adulto - Addestramento all'utilizzo di scale finalizzate alla diagnosi" | Partecipazione personale >50% del DSM | Evento Dipartimentale - Nella Relazione finale da inviare al Direttore DSM indicare data e numero dei partecipanti allegando firme presenze. |
| 7 | 3 | Appropriatezza setting assistenziale | A | Monitoraggio del drop out dei primi contatti esitati in presa in carico in un anno nel CSM | Invio Relazione sul monitoraggio alla Direzione del Dipartimento | Nella Relazione finale allegare documentazione dell'invio alla Direzione del Dipartimento. Obiettivo in condivisione CSM - Psicologia Clinica – UOSVD Esordi Psicotici - UOSVD DCA |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 Raccomandazioni Ministeriali n.7, 12, 17, 18 | 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 | M | Gestione dei casi difficili in collaborazione con i CSM - Monitoraggio del fenomeno Revolving Door intraziendale (%nuovo ricovero entro 7 gg e 30gg) | Relazione quadrimestrale ed annuale sul monitoraggio dei Revolving Door | Relazione finale da inviare al Direttore DSM. Obiettivo in condivisione SPDC - CSM |
| 4 3 | Appropriatezza setting assistenziale | A | Monitoraggio e riduzione degli eventi di contenzione meccanica | Riduzione del 20% rispetto agli eventi registrati per il 2023 | Monitoraggio del n. della contenzione con invio report quadrimestrale alla Direzione DSM Relazione finale da inviare al Direttore DSM |
| 5 3 | Formazione | B | Realizzazione di un evento esperienziale (con 3 edizioni) "Disturbi del neurosviluppo: autismo, DSA e ADHD dell'adulto - Addestramento all'utilizzo di scale finalizzate alla diagnosi" | Partecipazione personale >50% del DSM | Evento Dipartimentale - Nella Relazione finale da inviare al Direttore DSM indicare data e numero dei partecipanti allegando firme presenze. |
| 6 3 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Monitoraggio degli eventi di ricovero/ricaduta dopo somministrazione di Long Acting | Comparazione del numero di ricoveri ed interventi in urgenza negli N. mesi successivi la somministrazione del LAI rispetto agli N. mesi precedenti | Il monitoraggio potrà giustificare l'uso dei LAI o orientare al loro disuso |
| 7 2 4 | Lotta allo Stigma | B | Realizzazione di almeno un evento di sensibilizzazione delle comunità per la lotta allo stigma | Partecipazione >70% personale del DSM | Nella relazione di fine anno descrivere data, sede, n. partecipanti allegando firme presenze. |
| 8 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Farmaci / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 9 # 3 4 | Sanità digitale | B | Percentuale di Cartelle Cliniche Elettroniche chiuse | ≥ 90% | |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 della Sezione "Anticorruzione e Trasparenza del PIAO" | M | Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione | Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dalla Sezione "Anticorruzione e Trasparenza" del PIAO e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura | Certificato da RPCT |
| 3 | 3 | Attuazione della Sezione "Anticorruzione e Trasparenza del PIAO" | M | Rispetto della Normativa in materia di Trasparenza | Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui alla Sezione "Anticorruzione e Trasparenza" del PIAO | 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 entro il 31 agosto 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 fascicolaz. delle relazioni pervenute relative agli obiettivi operativi di budget al 31/12 | 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 | 3 | Comunicazione istituzionale | B | Invio dei dati all'URP 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 | 100% della popolazione bersaglio | Obiettivo condizionato dalle disponibilità delle sedute di senologia |
| 11 | 3 | Potenziamento screening oncologici | A | Screening Carcinoma della cervice uterina: Percentuale di estensione della popolazione bersaglio | 100% della popolazione bersaglio | |
| 12 | 3 | Potenziamento screening oncologici | A | Screening Carcinoma del Colon retto: Percentuale di estensione della popolazione bersaglio | 100% della popolazione bersaglio | |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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

| N. | Prosp. BSC * | Descrizione | Peso ** | Indicatore | Target | Note |
|----|--------------|---|---------|--|--|--|
| 1 | 3 | Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa | A | Num. giorni necessari per la liquidazione fatture | Giorni consegna alla Direzione del Dipartimento della determina di liquidazione < 15 gg dalla registrazione delle fatture | Data di consegna della determina al Dip. di Prevenzione.Certificato dalla Direzione del Dipartimto.Per le determine di liq. per incarichi di natura autonoma per emergenza COVID considerare la data della fattura più recente |
| 2 | 3 | Attuazione della Sezione "Anticorruzione e Trasparenza del PIAO" | M | Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione | Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dalla Sezione "Anticorruzione e Trasparenza" del PIAO 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 | Efficienza Organizzativa | B | Monitoraggio del grado di raggiungimento degli obiettivi di budget | Produzione ed invio entro il 31/07 alla Direz. 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 |
| 5 | 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 | |
| 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 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 |
| 7 | 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 AOC 152/2205 del 30.6.2020 |
| 8 | 3 | Potenziamento attività di Sorveglianza e Prevenzione Malattie Infettive Trasmissibili | A | Informatizzazione su piattaforma GIAVA coorti 1975-1982 | 100% | Attività connessa con obiettivo del PRP 2021/2025 - PL 14 |
| 9 | 3 | Potenziamento attività di controllo | M | Numero di scuole dell'infanzia verificate "monitoraggio radon" rispetto al numero delle scuole dell'infanzia che insistono sul territorio | 30% | |
| 10 | 3 | Potenziamento attività di prevenzione vaccinale | A | Copertura vaccinale a 24 m. per ciclo base (NSG-P01C)-N. soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati con cicli completi (3 dosi) / N. soggetti della stessa coorte | ≥ 95% | OBIETTIVO ASSEGNATO CON DGR 1558 DEL 13/11/2023 |
| 11 | 3 | Potenziamento attività di prevenzione vaccinale | A | Copertura vaccinale a 24 m. per la 1a dose di vaccino anti-MPR (NSG-P02C) - N. soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati con 1a dose / N. soggetti della stessa coorte | ≥ 95% | OBIETTIVO ASSEGNATO CON DGR 1558 DEL 13/11/2023 |
| 12 | 3 | Potenziamento attività di prevenzione vaccinale | A | Copertura vaccinale anti-pneumococcica (NSG-P03C) - N. soggetti entro i 24 m. di età vaccinati con ciclo completo / N. soggetti della stessa coorte | ≥ 95% | OBIETTIVO ASSEGNATO CON DGR 1558 DEL 13/11/2023 |
| 13 | 3 | Potenziamento attività di prevenzione vaccinale | A | Copertura vaccinale anti-meningococcica tetravalente (NSG-P04C) - N. soggetti entro i 24 m. di età vaccinati con ciclo completo / N. soggetti della stessa coorte | ≥ 95% | OBIETTIVO ASSEGNATO CON DGR 1558 DEL 13/11/2023 |
| 14 | 3 | Potenziamento attività di prevenzione vaccinale | A | Copertura vaccinale anti-HPV (NSG-P05C). Chiamata attiva bambine nel corso del 12°a. di vita. N° inviti / N. bambine della stessa coorte | ≥ 95% | OBIETTIVO ASSEGNATO CON DGR 1558 DEL 13/11/2023 |
| 15 | 3 | Potenziamento attività di prevenzione vaccinale | A | Consegna vaccino antinfluenzale nell'anziano ai punti SPOKE entro 10 gg. dalla consegna presso l'HUB aziendale e caricamento sul SISTEMA VaLoRe. | 100% | OBIETTIVO ASSEGNATO CON DGR 1558 DEL 13/11/2023 |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

DIPARTIMENTO

Dipartimento di Prevenzione

UNITA' OPERATIVA

UOC D. PREV. - SISP - Area Metropolitana

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

DIPARTIMENTO Dipartimento di Prevenzione

UNITA' OPERATIVA UOC D. PREV. - SISP - Area Nord

| N. | Prosp. BSC * | Descrizione | Peso ** | Indicatore | Target | Note |
|----|--------------|---|---------|--|--|--|
| 1 | 3 | Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa | A | Num. giorni necessari per la liquidazione fatture | Giorni consegna alla Direzione del Dipartimento della determina di liquidazione < 15 gg dalla registrazione delle fatture | Data di consegna della determina al Dip. di Prevenzione.Certificato dalla Direzione del Dipartimto.Per le determine di liq. per incarichi di natura autonoma per emergenza COVID considerare la data della fattura più recente |
| 2 | 3 | Attuazione della Sezione "Anticorruzione e Trasparenza del PIAO" | M | Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione | Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dalla Sezione "Anticorruzione e Trasparenza" del PIAO 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 | Efficienza Organizzativa | B | Monitoraggio del grado di raggiungimento degli obiettivi di budget | Produzione ed invio entro il 31/07 alla Direz. 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 |
| 5 | 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 | |
| 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 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 |
| 7 | 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 AOC 152/2205 del 30.6.2020 |
| 8 | 3 | Potenziamento attività di Sorveglianza e Prevenzione Malattie Infettive Trasmissibili | A | Informatizzazione su piattaforma GIAVA coorti 1975-1982 | 100% | Attività connessa con obiettivo del PRP 2021/2025 - PL 14 |
| 9 | 3 | Potenziamento attività di controllo | M | Numero di scuole dell'infanzia verificate "monitoraggio radon" rispetto al numero delle scuole dell'infanzia che insistono sul territorio | 30% | |
| 10 | 3 | Potenziamento attività di prevenzione vaccinale | A | Copertura vaccinale a 24 m. per ciclo base (NSG-P01C)-N. soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati con cicli completi (3 dosi) / N. soggetti della stessa coorte | ≥ 95% | OBIETTIVO ASSEGNATO CON DGR 1558 DEL 13/11/2023 |
| 11 | 3 | Potenziamento attività di prevenzione vaccinale | A | Copertura vaccinale a 24 m. per la 1a dose di vaccino anti-MPR (NSG-P02C) - N. soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati con 1a dose / N. soggetti della stessa coorte | ≥ 95% | OBIETTIVO ASSEGNATO CON DGR 1558 DEL 13/11/2023 |
| 12 | 3 | Potenziamento attività di prevenzione vaccinale | A | Copertura vaccinale anti-pneumococcica (NSG-P03C) - N. soggetti entro i 24 m. di età vaccinati con ciclo completo / N. soggetti della stessa coorte | ≥ 95% | OBIETTIVO ASSEGNATO CON DGR 1558 DEL 13/11/2023 |
| 13 | 3 | Potenziamento attività di prevenzione vaccinale | A | Copertura vaccinale anti-meningococcica tetravalente (NSG-P04C) - N. soggetti entro i 24 m. di età vaccinati con ciclo completo / N. soggetti della stessa coorte | ≥ 95% | OBIETTIVO ASSEGNATO CON DGR 1558 DEL 13/11/2023 |
| 14 | 3 | Potenziamento attività di prevenzione vaccinale | A | Copertura vaccinale anti-HPV (NSG-P05C). Chiamata attiva bambine nel corso del 12°a. di vita. N° inviti / N. bambine della stessa coorte | ≥ 95% | OBIETTIVO ASSEGNATO CON DGR 1558 DEL 13/11/2023 |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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

| N. | Prosp. BSC * | Descrizione | Peso ** | Indicatore | Target | Note |
|----|--------------|---|---------|--|--|--|
| 1 | 3 | Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa | A | Num. giorni necessari per la liquidazione fatture | Giorni consegna alla Direzione del Dipartimento della determina di liquidazione < 15 gg dalla registrazione delle fatture | Data di consegna della determina al Dip. di Prevenzione. Certificato dalla Direzione del Dipartimento. Per le determine di liq. per incarichi di natura autonoma per emergenza COVID considerare la data della fattura più recente |
| 2 | 3 | Attuazione della Sezione "Anticorruzione e Trasparenza del PIAO" | M | Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione | Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dalla Sezione "Anticorruzione e Trasparenza" del PIAO 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 | Efficienza Organizzativa | B | Monitoraggio del grado di raggiungimento degli obiettivi di budget | Produzione ed invio entro il 31/07 alla Direz. 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 |
| 5 | 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 | |
| 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 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 |
| 7 | 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 AOC 152/2205 del 30.6.2020 |
| 8 | 3 | Potenziamento attività di controllo | M | Numero di scuole dell'infanzia verificate "monitoraggio radon" rispetto al numero delle scuole dell'infanzia che insistono sul territorio | 30% | |
| 9 | 3 | Potenziamento attività di Sorveglianza e Prevenzione Malattie Infettive Trasmissibili | A | Informatizzazione su piattaforma GIAVA coorti 1975-1982 | 100% | Attività connessa con obiettivo del PRP 2021/2025 - PL 14 |
| 10 | 3 | Potenziamento attività di prevenzione vaccinale | A | Copertura vaccinale a 24 m. per ciclo base (NSG-P01C)-N. soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati con cicli completi (3 dosi) / N. soggetti della stessa coorte | ≥ 95% | OBIETTIVO ASSEGNATO CON DGR 1558 DEL 13/11/2023 |
| 11 | 3 | Potenziamento attività di prevenzione vaccinale | A | Copertura vaccinale a 24 m. per la 1a dose di vaccino anti-MPR (NSG-P02C) - N. soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati con 1a dose / N. soggetti della stessa coorte | ≥ 95% | OBIETTIVO ASSEGNATO CON DGR 1558 DEL 13/11/2023 |
| 12 | 3 | Potenziamento attività di prevenzione vaccinale | A | Copertura vaccinale anti-pneumococcica (NSG-P03C) - N. soggetti entro i 24 m. di età vaccinati con ciclo completo / N. soggetti della stessa coorte | ≥ 95% | OBIETTIVO ASSEGNATO CON DGR 1558 DEL 13/11/2023 |
| 13 | 3 | Potenziamento attività di prevenzione vaccinale | A | Copertura vaccinale anti-meningococcica tetravalente (NSG-P04C) - N. soggetti entro i 24 m. di età vaccinati con ciclo completo / N. soggetti della stessa coorte | ≥ 95% | OBIETTIVO ASSEGNATO CON DGR 1558 DEL 13/11/2023 |
| 14 | 3 | Potenziamento attività di prevenzione vaccinale | A | Copertura vaccinale anti-HPV (NSG-P05C). Chiamata attiva bambine nel corso del 12°a. di vita. N° inviti / N. bambine della stessa coorte | ≥ 95% | OBIETTIVO ASSEGNATO CON DGR 1558 DEL 13/11/2023 |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

DIPARTIMENTO Dipartimento di Prevenzione

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

| N. | Prosp. BSC * | Descrizione | Peso ** | Indicatore | Target | Note |
|----|--------------|---|---------|--|--|---|
| 1 | 3 | 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 | Certificato dalla Direzione del Dipartimento. Per determine di liq. per incarichi di natura autonoma per emergenza COVID considerare data fattura più recente |
| 2 | 3 | Attuazione della Sezione "Anticorruzione e Trasparenza del PIAO" | M | Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione | Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dalla Sezione "Anticorruzione e Trasparenza" del PIAO 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 | Efficienza Organizzativa | B | Monitoraggio del grado di raggiungimento degli obiettivi di budget | Produzione ed invio entro il 31/07 alla Direz. 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 |
| 5 | 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 | |
| 6 | 3 | Attività di vigilanza e controllo (Obiettivo LEA) | A | Numero di aziende da verificare e controllare sul totale di attività produttive con almeno un dipendente (n. 14380) presenti nel territorio della ASL BA (rif. LEA) | n. 719 (5% di 14380 attività produttive con almeno un dipendente) | |
| 7 | 3 | Salute e sicurezza nei luoghi di lavoro Piano edilizia | A | Percentuale di cantieri vigilati rispetto al totale delle notifiche preliminari ex art. 99 del D.Lgs. 81/08 e s.m.i. nell'annualità precedente rispetto a quella di riferimento; | 15% | |
| 8 | 3 | P..R.P. 2021-2025: PP3 | A | Promuovere una maggiore adesione dei lavoratori nella fascia di età superiore ai 45 anni alla mappatura del cardiorischio | Numero annuo di almeno 4000 lavoratori sul territorio regionale (200 lavoratori/SPeSAL all'anno); | |
| 9 | 3 | P..R.P. 2021-2025: PP6 | M | Formazione incentrata su metodologie efficaci di verifica della valutazione del rischio (da amianto) | Almeno n. 1 iniziativa incontri/ seminari/ convegni all'anno | |
| 10 | 3 | P..R.P. 2021-2025: PP7 | M | Formazione SSL (sicurezza sul lavoro) rivolta agli operatori del settore edile per il contrasto del fenomeno tecnopatico | n. 1 iniziativa incontro /seminario/convegno (in Edilizia (Procedure e gestione inchieste infortunio) | |
| 11 | 3 | P..R.P. 2021-2025: PP7 | M | Piano mirato di prevenzione come misura di contrasto ad infortuni e malattie professionali | Monitoraggio dell'attuazione dei PMP nell'ambito dell'attività di vigilanza: controllo PLAC in almeno il 10% delle aziende coinvolte nel PMP. | |
| 12 | 3 | P..R.P. 2021-2025: PP7 | M | Sorveglianza sanitaria efficace | Realizzazione di un report annuale su base provinciale (art. 40 allegato 3B); verifica dell'applicazione delle buone pratiche nell'ambito dell'attività di vigilanza, attività di monitoraggio e verifica | |
| 13 | 3 | P..R.P. 2021-2025: PP8 | B | Piano mirato di prevenzione come misura di contrasto ad infortuni e malattie professionali | Predisposizione report annuale su base territoriale; verifica dell'applicazione delle buone pratiche nell'ambito dell'attività di vigilanza, attività di monitoraggio e verifica | |
| 14 | 3 | P..R.P. 2021-2025: PP8 | M | Sorveglianza sanitaria efficace | Realizzazione di un report annuale (art. 40 allegato 3B) (provinciale); attività di monitoraggio e verifica delle buone pratiche nell'ambito della vigilanza | |
| 15 | 3 | Obiettivi REACH e CLP ASL Bari 2024 | A | Piano regionale delle attività di controlli sui prodotti chimici | REACH: Tit. II-art. 7; Tit. IV-artt. 31-36; titolo V - artt. 37-39 CLP: artt. 4,10-12,15,17,24,28,29,30,31,32 | Totale: 13 controlli (per dettaglio vedi documenti relativi) |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

DIPARTIMENTO

Dipartimento di Prevenzione

UNITA' OPERATIVA

UOC D. PREV. - SPESAL - Area Metropolitana

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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

| N. | Prosp. BSC * | Descrizione | Peso ** | Indicatore | Target | Note |
|----|--------------|---|---------|--|---|---|
| 1 | 3 | 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 | Certificato dalla Direzione del Dipartimento. Per determine di liq. per incarichi di natura autonoma per emergenza COVID considerare data fattura più recente |
| 2 | 3 | Attuazione della Sezione "Anticorruzione e Trasparenza del PIAO" | M | Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione | Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dalla Sezione "Anticorruzione e Trasparenza" del PIAO 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 | Efficienza Organizzativa | B | Monitoraggio del grado di raggiungimento degli obiettivi di budget | Produzione ed invio entro il 31/07 alla Direz. 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 |
| 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 | Attività di vigilanza e controllo (Obiettivo LEA) | A | numero di aziende da verificare e controllare sul totale di attività produttive con almeno un dipendente (n. 14881) presenti nel territorio della ASL BA (rif. LEA) | n. 744 (5% di 14881 attività produttive con almeno un dipendente) | Il perseguimento di questo obiettivo è vincolato alla disponibilità di personale |
| 7 | 3 | Salute e sicurezza nei luoghi di lavoro Piano edilizia | A | Percentuale di cantieri vigilati rispetto al totale delle notifiche preliminari ex art. 99 del D.Lgs. 81/08 e s.m.i. nell'annualità precedente rispetto a quella di riferimento; | 15% | Il perseguimento di questo obiettivo è vincolato alla disponibilità di personale |
| 8 | 3 | P.R.P. 2021-2025: PP3 | A | Promuovere una maggiore adesione dei lavoratori nella fascia di età superiore ai 45 anni alla mappatura del cardiorischio | Numero annuo di almeno 4000 lavoratori sul territorio regionale (200 lavoratori/SPeSAL all'anno); | |
| 9 | 3 | P.R.P. 2021-2025: PP6 | M | Formazione incentrata su metodologie efficaci di verifica della valutazione del rischio (attrezzature di lavoro) | Almeno n. 1 iniziativa incontri/ seminari/ convegni all'anno | |
| 10 | 3 | P.R.P. 2021-2025: PP7 | M | Formazione SSL (sicurezza sul lavoro) rivolta agli operatori del settore agricoltura per il contrasto del fenomeno tecnopatico | Almeno n. 1 iniziative incontri /seminari/convegni per Area Nord in Agricoltura, con riferimento alla gestione delle coperture delle serre | |
| 11 | 3 | P.R.P. 2021-2025: PP7 | M | Piano mirato di prevenzione come misura di contrasto ad infortuni e malattie professionali | Monitoraggio dell'attuazione dei PMP nell'ambito dell'attività di vigilanza: controllo sulla VDR da sovraccarico biomeccanico dell'apparato muscolo scheletrico in almeno il 10% delle aziende coinvolte nel PMP in edilizia. | |
| 12 | 3 | P.R.P. 2021-2025: PP7 | A | Sorveglianza sanitaria efficace | Sorveglianza attiva in almeno 200 lavoratori del comparto agricolo e zootecnico | |
| 13 | 3 | P.R.P. 2021-2025: PP7 | A | Prevenzione delle patologie cancerose cutanee da danno attinico | Sorveglianza attiva in almeno 70 lavoratori del comparto pesca | |
| 14 | 3 | P.R.P. 2021-2025: PP8 | B | Piano mirato di prevenzione come misura di contrasto ad infortuni e malattie professionali (MSK) | Predisposizione report annuale su base territoriale; verifica dell'applicazione delle buone pratiche nell'ambito dell'attività di vigilanza, attività di monitoraggio e verifica | |
| 15 | 3 | Obiettivi REACH e CLP ASL Bari 2024 | A | Piano regionale delle attività di controlli sui prodotti chimici | REACH: Tit. II-art. 7; Tit. IV-artt. 31-36; titolo V - artt. 37-39 CLP: artt. 4,10-12,15,17,24,28,29,30,31,32 | Totale: 13 controlli (per dettaglio vedi documenti relativi) |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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

| N. | Prosp. BSC * | Descrizione | Peso ** | Indicatore | Target | Note |
|----|--------------|---|---------|---|--|---|
| 1 | 3 | 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 | Certificato dalla Direzione del Dipartimento. Per determine di liq. per incarichi di natura autonoma per emergenza COVID considerare data fattura più recente |
| 2 | 3 | Attuazione della Sezione "Anticorruzione e Trasparenza del PIAO" | M | Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione | Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dalla Sezione "Anticorruzione e Trasparenza" del PIAO 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 | Efficienza Organizzativa | B | Monitoraggio del grado di raggiungimento degli obiettivi di budget | Produzione ed invio entro il 31/07 alla Direz. 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 |
| 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 | Attività di vigilanza e controllo (LEA) | A | Numero di aziende da verificare e controllare sul totale di attività produttive con almeno un dipendente presenti sul territorio di competenza (Fonte INAIL) | 5% delle attività produttive con almeno un dipendente (fonte Flussi informativi INAIL) | Obiettivo subordinato al completamento della dotazione organica come da D.D.G. n. 1601 del 04.08.2023. |
| 7 | 3 | P.R.P. 2021-2025: PP7 | A | Piano mirato di prevenzione come misura di contrasto ad infortuni e malattie professionali: Elaborazione e avvio di PMP nel settore agricolo e zootecnico | n. 1 Piano Mirato di Prevenzione avviato nel settore agricolo e zootecnico | Report riepilogativo da inviare al Direttore del Dipartimento |
| 8 | 3 | P.R.P. 2021-2025: PP7 | A | Percentuale di cantieri edili ispezionati sul territorio aziendale rispetto al totale dei cantieri notificati ex art. 99 D.Lgs 81/08 sul territorio di competenza nell'anno precedente | 5% sul totale delle notifiche ex art. 99 D.Lgs 81/08 effettuate nel 2023 | Obiettivo subordinato al completamento della dotazione organica come da D.D.G. n. 1601 del 04.08.2023. |
| 9 | 3 | P.R.P. 2021-2025: PP7 | A | Percentuale di cantieri amianto ispezionati sul territorio aziendale rispetto al totale dei piani di lavoro amianto presentati ex art. 256, comma 2 del D.Lgs. 81/08 nell'annualità di riferimento | 15% sul totale dei piani di lavoro amianto presentati ex art. 256, comma 2 del D.Lgs. 81/08 nel 2024 | Obiettivo subordinato al completamento della dotazione organica come da D.D.G. n. 1601 del 04.08.2023. |
| 10 | 3 | P.R.P. 2021-2025: PP8 | A | Piano mirato di prevenzione come misura di contrasto ad infortuni e malattie professionali: Realizzazione e completamento di PMP rischio stress lavoro correlato | Monitoraggio dell'attuazione dei PMP nell'ambito dell'attività di vigilanza (n. 15 controlli per il rischio SLC) | Report riepilogativo da inviare al Direttore del Dipartimento |
| 11 | 3 | P.R.P. 2021-2025: PP8 | B | Piano mirato di prevenzione come misura di contrasto ad infortuni e malattie professionali: verifica dell'applicazione delle buone pratiche nell'ambito dell'attività di vigilanza, attività di monitoraggio e verifica PMP | Predisposizione report annuale su base territoriale | |
| 12 | 3 | P.R.P. 2021-2025: PP8 | M | Formazione degli operatori dei Servizi delle ASL su temi prioritari inerenti le metodologie di valutazione e gestione del rischio (cancerogeno, ergonomico, psicosociale), al fine di rendere più efficaci e proattive le attività di controllo e assistenza: | n. 1 evento formativo destinato a operatori SPeSAL relativo alla valutazione e gestione del rischio da agenti chimici e cancerogeni | Report da inviare al Direttore del Dipartimento |
| 13 | 3 | P.R.P. 2021-2025: PP7 / PP8 | B | Sorveglianza sanitaria efficace | Realizzazione di un report annuale provinciale (art. 40 allegato 3B) | |
| 14 | 3 | Obiettivi REACH e CLP ASL Bari 2024 | A | Piano regionale delle attività di controlli sui prodotti chimici | REACH: Tit. II-art. 7; Tit. IV-artt. 31-36; titolo V - artt. 37-39 CLP: artt. 4,10-12,15,17,24,28,29,30,31,32 | Totale: 13 controlli (per dettaglio vedi documenti relativi) |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

DIPARTIMENTO

Dipartimento di Prevenzione

UNITA' OPERATIVA

UOC D. PREV. - SPESAL - Area Sud

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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

| N. | Prosp. BSC * | Descrizione | Peso ** | Indicatore | Target | Note |
|----|--------------|---|---------|---|---|---|
| 1 | 3 | Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa | A | Num. giorni necessari per la liquidazione fatture | Giorni consegna alla Direzione del Dipartimento della determina di liquidazione < 15 gg dalla registrazione delle fatture | Data di consegna della determina al Dip. di Prevenzione.Certificato dalla Direzione del Dipartimto.Per le determine di liq. per incarichi di natura autonoma per emergenza COVID considerare la data della fattura più recente |
| 2 | 3 | Attuazione della Sezione "Anticorruzione e Trasparenza del PIAO" | M | Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione | Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dalla Sezione "Anticorruzione e Trasparenza" del PIAO 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 Direz. 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 |
| 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 | 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 |
| 8 | 3 | Formazione | M | Formazione di Dirigenti Medici e del personale afferente a diverse professioni sanitarie all'interno di specifici ambiti di interesse nurizionale | Organizzazione di almeno un evento ECM riguardante la sicurezza nutrizionale | Nella Relazione di fine anno descrivere data, sede, argomento e n. partecipanti |
| 9 | 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 | raggiungimento del 80% del target previsto | Report riepilogativo da inviare al Direttore del Dipartimento.Fonte: Registri di attività |
| 10 | 3 | Formazione | B | Formazione operatori di settore Alimentare (OSA) | Organizzazione di almeno un Corso riguardante riguardante Celiachia/Allergie alimentari | Nella Relazione di fine anno descrivere data, sede, argomento e n. partecipanti |
| 11 | 3 | Promozione della sicurezza alimentare | A | Effettuazione di ispezioni congiunte con SIAV B su ristorazione scolastica e socio assistenziale per sorveglianza e prevenzione della Listeriosi | Almeno 5 ispezioni | Obiettivo condiviso con SIAV B |
| 12 | 3 | Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti | A | Liv. di copertura di base delle principali attività di controllo per la contaminaz. di alimenti, con partic. riferimento alla ricerca di sostanze illecite, residui di contaminanti, farmaci, fitofarmaci e additivi negli alimenti di origine animale e veget. | 100% = (% di copertura del PNR x 0,4) + (% di copertura del controllo ufficiale di residui di prodotti fitosanitari x 0,4) + (% di copertura del controllo ufficiale per la ricerca di additivi alimentari x 0,2) | RADISAN - OBIETTIVO ASSEGNATO CON DGR 1558 DEL 13/11/2023 |
| 13 | 3 | Attuazione del Piano Regionale Integrato dei Controlli su OSA Registrati | A | Numero di controlli minimi su OSA registrati ai sensi del Reg. CE 852/04 con tecniche di ispezione o audit / numero di OSA Registrati Reg. CE 852/04 | 6 % = numero di ispezioni e audit effettuati/numero di OSA Registrati Reg. CE852/04*100 | RIVERA - Rendicontazione All 9 Accordo Stato Regioni del 10 novembre 2016, rep 212 - OBIETTIVO ASSEGNATO CON DGR 1558 DEL 13/11/2023. Obiettivo vincolato all'assegnazione di risorse umane come evidenziato nel PAL 2023 adottato con DDG 690 del 30/03/2023 |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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

| N. | Prosp. BSC * | Descrizione | Peso ** | Indicatore | Target | Note |
|----|--------------|---|---------|---|---|--|
| 1 | 3 | Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa | A | Num. giorni necessari per la liquidazione fatture | Giorni consegna alla Direzione del Dipartimento della determina di liquidazione < 15 gg dalla registrazione delle fatture | Data di consegna della determina al Dip. di Prevenzione.Certificato dalla Direzione del Dipartimto.Per le determine di liq. per incarichi di natura autonoma per emergenza COVID considerare la data della fattura più recente |
| 2 | 3 | Attuazione della Sezione "Anticorruzione e Trasparenza del PIAO" | M | Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione | Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dalla Sezione "Anticorruzione e Trasparenza" del PIAO 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 | Qualità flussi informativi | M | Flussi informativi trasmessi entro i termini previsti / totale flussi informativi di competenza | 100% | Obiettivo certificato dalla Direzione del Dipartimento |
| 5 | 3 | Efficienza Organizzativa | B | Monitoraggio del grado di raggiungimento degli obiettivi di budget | Produzione ed invio entro il 31/07 alla Direz. 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 | 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 | 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 |
| 8 | 3 | 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 |
| 9 | 3 | Formazione | M | Formazione di Dirigenti Medici, Veterinari e Tecnici della Prevenzione | Organizzazione di un evento formativo sulle malattie infettive emergenti trasmesse da alimenti | Obiettivo condiviso tra SIAN Nord, SIAV B Nord e SISP NordNella Relazione di fine anno descrivere data, sede, argomento e n. partecipanti |
| 10 | 3 | Formazione | M | Formazione di Dirigenti Medici e Tecnici della Prevenzione | Organizzazione di un corso in materia di prodotti fitosanitari | |
| 11 | 3 | Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti | A | Liv. di copertura di base delle principali attività di controllo per la contaminaz. di alimenti, con partic. riferimento alla ricerca di sostanze illecite, residui di contaminanti, farmaci, fitofarmaci e additivi negli alimenti di origine animale e veget. | 100% = (% di copertura del PNR x 0,4) + (% di copertura del controllo ufficiale di residui di prodotti fitosanitari x 0,4) + (% di copertura del controllo ufficiale per la ricerca di additivi alimentari x 0,2) | RADISAN - OBIETTIVO ASSEGNATO CON DGR 1558 DEL 13/11/2023 |
| 12 | 3 | Attuazione del Piano Regionale Integrato dei Controlli su OSA Registrati | A | Numero di controlli minimi su OSA registrati ai sensi del Reg. CE 852/04 con tecniche di ispezione o audit / numero di OSA Registrati Reg. CE 852/04 | 8 % = numero di ispezioni e audit effettuati/numero di OSA Registrati Reg. CE852/04*100 | RIVERA - OBIETTIVO ASSEGNATO CON DGR 1558 DEL 13/11/2023. |
| 13 | 3 | Formazione | A | Realizzazione di almeno 2 interventi (webinar/divulgazione tramite portale asl/incontri in presea sulle malattie trasmee dagli alimenti e diretti agli OSA) nel corso del 2024 | Organizzazione n. 2 corsi | |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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

| N. | Prosp. BSC * | Descrizione | Peso ** | Indicatore | Target | Note |
|----|--------------|---|---------|---|--|--|
| 1 | 3 | Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa | A | Num. giorni necessari per la liquidazione fatture | Giorni consegna alla Direzione del Dipartimento della determina di liquidazione < 15 gg dalla registrazione delle fatture | Data di consegna della determina al Dip. di Prevenzione.Certificato dalla Direzione del Dipartimto.Per le determine di liq. per incarichi di natura autonoma per emergenza COVID considerare la data della fattura più recente |
| 2 | 3 | Attuazione della Sezione "Anticorruzione e Trasparenza del PIAO" | M | Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione | Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dalla Sezione "Anticorruzione e Trasparenza" del PIAO 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 | Efficienza Organizzativa | B | Monitoraggio del grado di raggiungimento degli obiettivi di budget | Produzione ed invio entro il 31/07 alla Direz. 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 |
| 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 | Promozione della sicurezza alimentare | A | Controlli su attività di deposito produzione e commercializzazione MOCA | Almeno 5 controlli | PRC 2018-2020 |
| 7 | 3 | Formazione | A | Realizzazione di almeno 2 interventi (webinar/divulgazione tramite portale asl/incontri in presea sulle malattie trasmee dagli alimenti e diretti agli OSA) nel corso del 2024 | Organizzazione n. 2 corsi | VEDI PUNTO PL15_0S05.DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 22 dicembre 2021, n. 2198 -Intesa Stato Regione n. 131 del 06.08.2020. rep. Atti 127/CSR concernente il Piano nazionale per la prevenzione (PNP) 2020-2025. Approvazione del documento programma |
| 8 | 3 | Formazione | A | organizzazione di un corso formativo destinato agli operatori dei servizi di sicurezza alimentare e nutrizionale per favorire rapporti interdisciplinari per la gestione delle attività previste di ccuu, in un'ottica one health | Organizzazione n. 1 corso | PREVISTO DAL PRP 2021/2025: PL 16 OT03 IT03 |
| 9 | 3 | Promozione della sicurezza alimentare | A | 10 ccuu* (ispezione, audit, campionamento) congiunti presso centri cottura e terminali somministrazione pasti per la ristorazione scolastica ed assistenziale. tutela consumatori. sicurezza alimentare utenza sensibile | raggiungimento almeno dell'80% del target previsto | *Secondo procedure già presenti nelle modalità operative del SIAN SUD |
| 10 | 3 | Promozione della sicurezza alimentare | M | ispezioni programmate presso OSA nella misura di 238/anno | incremento del 10% rispetto a quanto comunicato con relazione annuale di attività' 2022 (prot. n. 15118/2023 del 23/02/2023) | |
| 11 | 3 | Formazione | A | organizzazione di almeno 2 (due) corsi di formazione riguardanti la celiachia e le allergie/intolleranze da alimenti destinate agli osa | organizzazione n. 2 Corsi | PREVISTO DAL PRP 2021/2025: PL 12 IT02 IT06 |
| 12 | 3 | Promozione della sicurezza alimentare | A | controlli mirati utilizzo di sale iodato nella ristorazione collettiva e nelle attività di vendita | 30 controlli/anno | PREVISTO DAL PRP 2021/2025: PL 12 OS01 |
| 13 | 3 | Formazione | A | organizzazione di un corso formativo destinato agli operatori dei servizi di sicurezza alimentare e agli utenti, riguardo il programma mensattiva (lotta agli sprechi alimentari nella ristorazione collettiva scolastica ed assistenzial | organizzazione e realizzazione del corso entro il 2024 | PREVISTO DAL PRP 2021/2025: PL 12 IT04 IT05 |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

DIPARTIMENTO Dipartimento di Prevenzione

UNITA' OPERATIVA **UOC D. PREV. - SIAN - Area Sud**

| | | | | | | |
|-----------|----------|---|---|---|---|---|
| 14 | 3 | Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti | A | Liv. di copertura di base delle principali attività di controllo per la contaminaz. di alimenti, con partic. riferimento alla ricerca di sostanze illecite, residui di contaminanti, farmaci, fitofarmaci e additivi negli alimenti di origine animale e veget. | 100% = (% di copertura del PNR x 0,4) + (% di copertura del controllo ufficiale di residui di prodotti fitosanitari x 0,4) + (% di copertura del controllo ufficiale per la ricerca di additivi alimentari x 0,2) | RADISAN -OBIETTIVO ASSEGNATO CON DGR 1558 DEL 13/11/2023 |
| 15 | 3 | Attuazione del Piano Regionale Integrato dei Controlli su OSA Registrati | A | Numero di controlli minimi su OSA registrati ai sensi del Reg. CE 852/04 con tecniche di ispezione o audit / numero di OSA Registrati Reg. CE 852/04 | 8 % = numero di ispezioni e audit effettuati/numero di OSA Registrati Reg. CE852/04*100 | RIVERA - OBIETTIVO ASSEGNATO CON DGR 1558 DEL 13/11/2023. |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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

| N. | Prosp. BSC * | Descrizione | Peso ** | Indicatore | Target | Note |
|----|--------------|---|---------|--|--|--|
| 1 | 3 | Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa | A | Num. giorni necessari per la liquidazione fatture | Giorni consegna alla Direzione del Dipartimento della determina di liquidazione < 15 gg dalla registrazione delle fatture | Data di consegna della determina al Dip. di Prevenzione.Certificato dalla Direzione del Dipartimto.Per le determine di liq. per incarichi di natura autonoma per emergenza COVID considerare la data della fattura più recente |
| 2 | 3 | Attuazione della Sezione "Anticorruzione e Trasparenza del PIAO" | M | Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione | Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dalla Sezione "Anticorruzione e Trasparenza" del PIAO 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 dichiaraz. 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 Direz. 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 |
| 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 | Controlli sugli allevamenti | A | Allevamenti ovini controllabili per Scrapie classica / totale allevamenti ovini soggetti al programma | 100% | |
| 8 | 3 | Controlli sugli allevamenti | A | Allevamenti controllabili per TBC e LEB bovina / totale allevamenti bovini soggetti al programma | 100% | |
| 9 | 3 | Controlli sugli allevamenti | A | Allevamenti controllabili per BR ovi-caprina / totale allevamenti ovi-caprini soggetti al programma | 100% | |
| 10 | 3 | Controlli sugli allevamenti | A | Allevamenti controllabili per BR bovina / totale allevamenti bovini soggetti al programma | 100% | |
| 11 | 3 | Controlli sugli allevamenti | M | Genotipizzazione del EST (Scrapie) per le quote da rimonta degli allevamenti iscritti a libri genealogici e razze autoctone in via di estinzione soggetti al programma, ai fini della salvaguardia del patrimonio genetico ovino | 100% delle quote da rimonta degli allevamenti ovini iscritti ai libri genealogici e razze autoctone soggetti al programma | |
| 12 | 3 | Controlli sugli allevamenti | M | Monitoraggio, censimento e riallineamento degli allevamenti apistici commerciali della ASL BA presenti in BDN. (Aspetti della L.R. 14/11/2014, n. 45) | 50% | |
| 13 | 3 | Controlli sugli allevamenti | A | Allevamenti equini controllati/tot. allevamenti equini controllabili | ≥3% | |
| 14 | 3 | Controlli sugli allevamenti | A | Allevamenti controllabili per Aujeszky/totale allevamenti suini soggetti al programma | 100% | |
| 15 | 3 | Controlli sugli allevamenti | M | Allevamenti bovini-bufalini-ovicaprini con indirizzo produttivo latte con qualifica sanitaria per Paratubercolosi (PTO) assegnata / totale allevamenti bovini-bufalini-ovicaprini con indirizzo produttivo latte | ≥30% | |
| 16 | 3 | Controllo e contenimento randagismo | A | Cani randagi catturati identificati ed iscritti nel sistema SIRAAF / cani randagi catturati | 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 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

DIPARTIMENTO Dipartimento di Prevenzione

UNITA' OPERATIVA **UOSVD D. PREV. - SIAV-A - Area Metropolitana**

| | | | | | |
|-----------|----------|-------------------------------------|---|---|------|
| 17 | 3 | Controllo e contenimento randagismo | A | Iscrizione nel sistema SIRAAF di tutte le Colonie feline conosciute | 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 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

DIPARTIMENTO Dipartimento di Prevenzione

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

| N. | Prosp. BSC * | Descrizione | Peso ** | Indicatore | Target | Note |
|----|--------------|---|---------|--|--|--|
| 1 | 3 | Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa | A | Num. giorni necessari per la liquidazione fatture | Giorni consegna alla Direzione del Dipartimento della determina di liquidazione < 15 gg dalla registrazione delle fatture | Data di consegna della determina al Dip. di Prevenzione.Certificato dalla Direzione del Dipartimto.Per le determine di liq. per incarichi di natura autonoma per emergenza COVID considerare la data della fattura più recente |
| 2 | 3 | Attuazione della Sezione "Anticorruzione e Trasparenza del PIAO" | M | Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione | Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dalla Sezione "Anticorruzione e Trasparenza" del PIAO 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 dichiaraz. 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 Direz. 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 |
| 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 | Controlli sugli allevamenti | A | Allevamenti ovini controllabili per Scrapie classica / totale allevamenti ovini soggetti al programma | 100% | |
| 8 | 3 | Controlli sugli allevamenti | A | Allevamenti controllabili per TBC e LEB bovina / totale allevamenti bovini soggetti al programma | 100% | |
| 9 | 3 | Controlli sugli allevamenti | A | Allevamenti controllabili per BR ovi-caprina / totale allevamenti ovi-caprini soggetti al programma | 100% | |
| 10 | 3 | Controlli sugli allevamenti | A | Allevamenti controllabili per BR bovina / totale allevamenti bovini soggetti al programma | 100% | |
| 11 | 3 | Controlli sugli allevamenti | M | Genotipizzazione del EST (Scrapie) per le quote da rimonta degli allevamenti iscritti a libri genealogici e razze autoctone in via di estinzione soggetti al programma, ai fini della salvaguardia del patrimonio genetico ovino | 100% delle quote da rimonta degli allevamenti ovini iscritti ai libri genealogici e razze autoctone soggetti al programma | |
| 12 | 3 | Controlli sugli allevamenti | M | Monitoraggio, censimento e riallineamento degli allevamenti apistici commerciali della ASL BA presenti in BDN. (Aspetti della L.R. 14/11/2014, n. 45) | 50% | |
| 13 | 3 | Controlli sugli allevamenti | A | Allevamenti equini controllati/tot. allevamenti equini controllabili | ≥3% | |
| 14 | 3 | Controlli sugli allevamenti | A | Allevamenti controllabili per Aujeszky/totale allevamenti suini soggetti al programma | 100% | |
| 15 | 3 | Controlli sugli allevamenti | M | Allevamenti bovini-bufalini-ovicaprini con indirizzo produttivo latte con qualifica sanitaria per Paratubercolosi (PTO) assegnata / totale allevamenti bovini-bufalini-ovicaprini con indirizzo produttivo latte | ≥30% | |
| 16 | 3 | Controllo e contenimento randagismo | A | Cani randagi catturati identificati ed iscritti nel sistema SIRAAF / cani randagi catturati | 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 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

DIPARTIMENTO Dipartimento di Prevenzione

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

| | | | | | |
|-----------|----------|-------------------------------------|---|---|------|
| 17 | 3 | Controllo e contenimento randagismo | A | Iscrizione nel sistema SIRAAF di tutte le Colonie feline conosciute | 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 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

DIPARTIMENTO Dipartimento di Prevenzione

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

| N. | Prosp. BSC * | Descrizione | Peso ** | Indicatore | Target | Note |
|----|--------------|---|---------|--|--|--|
| 1 | 3 | Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa | A | Num. giorni necessari per la liquidazione fatture | Giorni consegna alla Direzione del Dipartimento della determina di liquidazione < 15 gg dalla registrazione delle fatture | Data di consegna della determina al Dip. di Prevenzione.Certificato dalla Direzione del Dipartimto.Per le determine di liq. per incarichi di natura autonoma per emergenza COVID considerare la data della fattura più recente |
| 2 | 3 | Attuazione della Sezione "Anticorruzione e Trasparenza del PIAO" | M | Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione | Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dalla Sezione "Anticorruzione e Trasparenza" del PIAO 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 dichiaraz. 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 Direz. 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 |
| 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 | Controlli sugli allevamenti | A | Allevamenti ovini controllabili per Scrapie classica / totale allevamenti ovini soggetti al programma | 100% | |
| 8 | 3 | Controlli sugli allevamenti | A | Allevamenti controllabili per TBC e LEB bovina / totale allevamenti bovini soggetti al programma | 100% | |
| 9 | 3 | Controlli sugli allevamenti | A | Allevamenti controllabili per BR ovi-caprina / totale allevamenti ovi-caprini soggetti al programma | 100% | |
| 10 | 3 | Controlli sugli allevamenti | A | Allevamenti controllabili per BR bovina / totale allevamenti bovini soggetti al programma | 100% | |
| 11 | 3 | Controlli sugli allevamenti | M | Genotipizzazione del EST (Scrapie) per le quote da rimonta degli allevamenti iscritti a libri genealogici e razze autoctone in via di estinzione soggetti al programma, ai fini della salvaguardia del patrimonio genetico ovino | 100% delle quote da rimonta degli allevamenti ovini iscritti ai libri genealogici e razze autoctone soggetti al programma | |
| 12 | 3 | Controlli sugli allevamenti | M | Monitoraggio, censimento e riallineamento degli allevamenti apistici commerciali della ASL BA presenti in BDN. (Aspetti della L.R. 14/11/2014, n. 45) | 50% | |
| 13 | 3 | Controlli sugli allevamenti | A | Allevamenti equini controllati/tot. allevamenti equini controllabili | ≥3% | |
| 14 | 3 | Controlli sugli allevamenti | A | Allevamenti controllabili per Aujeszky/totale allevamenti suini soggetti al programma | 100% | |
| 15 | 3 | Controlli sugli allevamenti | M | Allevamenti bovini-bufalini-ovicapri con indirizzo produttivo latte con qualifica sanitaria per Paratubercolosi (PTO) assegnata / totale allevamenti bovini-bufalini-ovicapri con indirizzo produttivo latte | ≥30% | |
| 16 | 3 | Controllo e contenimento randagismo | A | Cani randagi catturati identificati ed iscritti nel sistema SIRAAF / cani randagi catturati | 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 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

DIPARTIMENTO Dipartimento di Prevenzione

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

| | | | | | |
|-----------|----------|-------------------------------------|---|---|------|
| 17 | 3 | Controllo e contenimento randagismo | A | Iscrizione nel sistema SIRAAF di tutte le Colonie feline conosciute | 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 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

DIPARTIMENTO Dipartimento di Prevenzione

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

| N. | Prosp. BSC * | Descrizione | Peso ** | Indicatore | Target | Note |
|----|--------------|---|---------|---|---|--|
| 1 | 3 | Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa | A | Num. giorni necessari per la liquidazione fatture | Giorni consegna alla Direzione del Dipartimento della determina di liquidazione < 15 gg dalla registrazione delle fatture | Data di consegna della determina al Dip. di Prevenzione.Certificato dalla Direzione del Dipartimto.Per le determine di liq. per incarichi di natura autonoma per emergenza COVID considerare la data della fattura più recente |
| 2 | 3 | Attuazione della Sezione "Anticorruzione e Trasparenza del PIAO" | M | Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione | Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dalla Sezione "Anticorruzione e Trasparenza" del PIAO 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 Direz. 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 |
| 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 | Potenziamento dei controlli sulla sicurezza alimentare | A | Controllo dei caseifici riconosciuti | Controllo dell'80% dei caseifici riconosciuti | utilizzo delle check list SEU predisposte dalla Regione Puglia |
| 7 | 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 |
| 8 | 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 |
| 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 | 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 | Formazione | M | Progetto formativo interno "I controlli veterinari sui cinghiali abbattuti ed emergenza PSA" | Organizzazione di n. 1 corso di formazione | |
| 13 | 3 | Promozione della sicurezza alimentare | A | Audit su stabilimenti riconosciuti ex Reg. Ce 853/2004 | Effettuazione di n. 6 | |
| 14 | 3 | Promozione e potenziamento sicurezza alimentare | A | Controllo dei laboratori che eseguono analisi per l'autocontrollo | Effettuazione di n. 2 audit | |
| 15 | 3 | Formazione | A | Protocollo gestione malattie veicolate da alimenti | Elaborazione di n. 1 protocollo interno utile alla corretta gestione degli episodi di malattie veicolate da alimenti | Elaborazione di un unico protocollo su base provinciale |
| 16 | 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 |
| 17 | 3 | Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti | A | Liv. di copertura di base delle principali attività di controllo per la contaminaz. di alimenti, con partic. riferimento alla ricerca di sostanze illecite, residui di contaminanti, farmaci, fitofarmaci e additivi negli alimenti di origine animale e veget. | 100% = (% di copertura del PNR x 0,4) + (% di copertura del controllo ufficiale di residui di prodotti fitosanitari x 0,4) + (% di copertura del controllo ufficiale per la ricerca di additivi alimentari x 0,2) | RADISAN - OBIETTIVO ASSEGNATO CON DGR 1558 DEL 13/11/2023 |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

DIPARTIMENTO Dipartimento di Prevenzione

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

| | | | | | | |
|-----------|---|--|---|---|---|--|
| 18 | 3 | Attuazione del Piano Regionale Integrato dei Controlli con esecuzione di controlli ufficiali sulla base di criteri e frequenza stabilita su OSA Registrati | A | Numero di controlli minimi su OSA registrati ai sensi del Reg. CE 852/04 con tecniche di ispezione o audit / numero di OSA Registrati Reg. CE 852/04 | 20% = numero di ispezioni e audit effettuati/numero di OSA Registrati Reg. CE852/04*100 | RIVERA - Rendiconta zione All 9 Accordo Stato Regioni del 10 novembre 2016, rep 212 - OBIETTIVO ASSEGNATO CON DGR 1558 DEL 13/11/2023 |
| 19 | 3 | Attuazione del Piano Regionale Integrato dei Controlli con esecuzione di controlli ufficiali sulla base di criteri e frequenza stabilita su OSA Riconosciuti | A | Numero di controlli minimi su OSA riconosciuti ai sensi del Reg. CE 853/04 con tecniche di ispezione o audit / numero di OSA Riconosciuti Reg. CE 853/04 (NSG - P 13Z) | 33% = numero di ispezione e audit effettuati/numero di OSA Riconosciuti Reg. CE853/04*100 | RIVERA - Rendiconta zione All 9 Accordo Stato Regioni del 10 novembre 2016, rep 212 - OBIETTIVO ASSEGNATO CON DGR 1558 DEL 13/11/2023 |
| 20 | 3 | Realizzazione di 2 interventi formativi/educativi del dipartimento di prevenzione sulle malattie trasmesse da alimenti e diretti agli osa | A | realizzazione di almeno 2 interventi (webinar/divulgazione tramite portale asl/incontri in presenza) nel corso del 2024 | organizzazione di almeno 2 (due) interventi formativi/educativi sulle malattie trasmesse da alimenti diretti agli osa | VEDI PUNTO PL15_0S05.DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 22 dicembre 2021, n. 2198 -Intesa Stato Regione n. 131 del 06.08.2020. rep. Atti 127/CSR concernente il Piano nazionale per la prevenzione (PNP) 2020-2025. Approvazione del documento programma |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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

| N. | Prosp. BSC * | Descrizione | Peso ** | Indicatore | Target | Note |
|----|--------------|--|---------|---|---|--|
| 1 | 3 | Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa | A | Num. giorni necessari per la liquidazione fatture | Giorni consegna alla Direzione del Dipartimento della determina di liquidazione < 15 gg dalla registrazione delle fatture | Data di consegna della determina al Dip. di Prevenzione.Certificato dalla Direzione del Dipartimto.Per le determine di liq. per incarichi di natura autonoma per emergenza COVID considerare la data della fattura più recente |
| 2 | 3 | Attuazione della Sezione "Anticorruzione e Trasparenza del PIAO" | M | Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione | Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dalla Sezione "Anticorruzione e Trasparenza" del PIAO 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 Direz. 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 |
| 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 | Potenziamento dei controlli sulla sicurezza alimentare | M | Controllo dei caseifici riconosciuti e registrati con Check List regionale SEU | Controllo del 100% dei nuovi impianti | |
| 7 | 3 | Potenziamento dei controlli sulla sicurezza alimentare | A | Programmazione ed esecuzione di controlli congiunti con il SIAN sulla ristorazione collettiva e socioassistenziale | Almeno 2 verifiche in Audit | Obiettivo condiviso con UOC SIAN |
| 8 | 3 | Promozione sicurezza alimentare | | Controlli ufficiali congiunti con il SIAN su ristorazione collettiva e socio assistenziale | Almeno 2 ispezioni | Obiettivo condiviso con UOC SIAN |
| 9 | 3 | Formazione | A | Protocollo gestione malattie veicolate da alimenti | Elaborazione di n. 1 protocollo interno utile alla corretta gestione degli episodi di malattie veicolate da alimenti | Elaborazione di un unico protocollo su base provinciale |
| 10 | 3 | Formazione | M | Formazione di Dirigenti Medici, Veterinari e Tecnici della Prevenzione | Organizzazione di almeno un evento ECM dal titolo Il campionamento delle matrici alimentari di competenza | Nella Relazione di fine anno descrivere data, sede, argomento e n. partecipanti |
| 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 | Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti | A | Liv. di copertura di base delle principali attività di controllo per la contaminaz. di alimenti, con partic. riferimento alla ricerca di sostanze illecite, residui di contaminanti, farmaci, fitofarmaci e additivi negli alimenti di origine animale e veget. | 100% = (% di copertura del PNR x 0,4) + (% di copertura del controllo ufficiale di residui di prodotti fitosanitari x 0,4) + (% di copertura del controllo ufficiale per la ricerca di additivi alimentari x 0,2) | RADISAN - OBIETTIVO ASSEGNATO CON DGR 1558 DEL 13/11/2023 |
| 13 | 3 | Attuazione del Piano Regionale Integrato dei Controlli con esecuzione di controlli ufficiali sulla base di criteri e frequenza stabilita su OSA Registrati | A | Numero di controlli minimi su OSA registrati ai sensi del Reg. CE 852/04 con tecniche di ispezione o audit / numero di OSA Registrati Reg. CE 852/04 | 20% = numero di ispezioni e audit effettuati/numero di OSA Registrati Reg. CE852/04*100 | RIVERA - Rendiconta zione All 9 Accordo Stato Regioni del 10 novembre 2016, rep 212 - OBIETTIVO ASSEGNATO CON DGR 1558 DEL 13/11/2023 |
| 14 | 3 | Attuazione del Piano Regionale Integrato dei Controlli con esecuzione di controlli ufficiali sulla base di criteri e frequenza stabilita su OSA Riconosciuti | A | Numero di controlli minimi su OSA riconosciuti ai sensi del Reg. CE 853/04 con tecniche di ispezione o audit / numero di OSA Riconosciuti Reg. CE 853/04 (NSG - P 13Z) | 33% = numero di ispezione e audit effettuati/numero di OSA Riconosciuti Reg. CE853/04*100 | RIVERA - Rendiconta zione All 9 Accordo Stato Regioni del 10 novembre 2016, rep 212 - OBIETTIVO ASSEGNATO CON DGR 1558 DEL 13/11/2023 |
| 15 | 3 | Formazione | A | Realizzazione di almeno 2 interventi (webinar/divulgazione tramite portale asl/incontri in presea sulle malattie trasmee dagli alimenti e diretti agli OSA) nel corso del 2024 | Organizzazione n. 2 corsi | |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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

| N. | Prosp. BSC * | Descrizione | Peso ** | Indicatore | Target | Note |
|----|--------------|---|---------|---|---|--|
| 1 | 3 | Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa | A | Num. giorni necessari per la liquidazione fatture | Giorni consegna alla Direzione del Dipartimento della determina di liquidazione < 15 gg dalla registrazione delle fatture | Data di consegna della determina al Dip. di Prevenzione. Certificato dalla Direzione del Dipartimento. Per le determine di liq. per incarichi di natura autonoma per emergenza COVID considerare la data della fattura più recente |
| 2 | 3 | Attuazione della Sezione "Anticorruzione e Trasparenza del PIAO" | M | Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione | Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dalla Sezione "Anticorruzione e Trasparenza" del PIAO 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 Direz. 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 |
| 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 | 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 |
| 7 | 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 ispezione | Obiettivo condiviso con UOC SIAN |
| 8 | 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 |
| 9 | 3 | Formazione | A | Realizzazione di almeno 2 interventi (webinar/divulgazione tramite portale asl/incontri in presea sulle malattie trasmesse dagli alimenti e diretti agli OSA) nel corso del 2024 | Organizzazione n. 2 corsi | |
| 10 | 3 | formazione | A | organizzazione di un corso formativo destinato agli operatori dei servizi di sicurezza alimentare e nutrizionale per favorire rapporti interdisciplinari per la gestione delle attività previste di ccuu, in un'ottica one health | organizzazione DI N. 1 CORSO | PREVISTO DAL PRP 2021/2025: PL 16 OT03 IT03 |
| 11 | 3 | promozione della sicurezza alimentare | A | 10 ccuu* (ispezione, audit, campionamento) congiunti presso centri cottura e terminali somministrazione pasti per la ristorazione scolastica ed assistenziale. Tutela consumatori. Sicurezza alimentare utenza sensibile. | raggiungimento almeno dell'80% del target previsto | *Secondo procedure già presenti nelle modalità operative del SIAN SUD |
| 12 | 3 | Formazione | A | Protocollo gestione malattie veicolate da alimenti | Elaborazione di n. 1 protocollo interno utile alla corretta gestione degli episodi di malattie veicolate da alimenti | Elaborazione di un unico protocollo su base provinciale |
| 13 | 3 | Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti | A | Liv. di copertura di base delle principali attività di controllo per la contaminaz. di alimenti, con partic. riferimento alla ricerca di sostanze illecite, residui di contaminanti, farmaci, fitofarmaci e additivi negli alimenti di origine animale e veget. | 100% = (% di copertura del PNR x 0,4) + (% di copertura del controllo ufficiale di residui di prodotti fitosanitari x 0,4) + (% di copertura del controllo ufficiale per la ricerca di additivi alimentari x 0,2) | RADISAN - OBIETTIVO ASSEGNATO CON DGR 1558 DEL 13/11/2023 |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

DIPARTIMENTO Dipartimento di Prevenzione

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

| | | | | | | |
|-----------|----------|--|---|---|---|---|
| 14 | 3 | Attuazione del Piano Regionale Integrato dei Controlli con esecuzione di controlli ufficiali sulla base di criteri e frequenza stabilita su OSA Registrati | A | Numero di controlli minimi su OSA registrati ai sensi del Reg. CE 852/04 con tecniche di ispezione o audit / numero di OSA Registrati Reg. CE 852/04 | 20% = numero di ispezioni e audit effettuati/numero di OSA Registrati Reg. CE852/04*100 | RIVERA - Rendiconta zione All 9 Accordo Stato Regioni del 10 novembre 2016, rep 212 - OBIETTIVO ASSEGNATO CON DGR 1558 DEL 13/11/2023 |
| 15 | 3 | Attuazione del Piano Regionale Integrato dei Controlli con esecuzione di controlli ufficiali sulla base di criteri e frequenza stabilita su OSA Riconosciuti | A | Numero di controlli minimi su OSA riconosciuti ai sensi del Reg. CE 853/04 con tecniche di ispezione o audit / numero di OSA Riconosciuti Reg. CE 853/04 (NSG - P 13Z) | 33% = numero di ispezione e audit effettuati/numero di OSA Riconosciuti Reg. CE853/04*100 | RIVERA - Rendiconta zione All 9 Accordo Stato Regioni del 10 novembre 2016, rep 212 - OBIETTIVO ASSEGNATO CON DGR 1558 DEL 13/11/2023 |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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

| N. | Prosp. BSC * | Descrizione | Peso ** | Indicatore | Target | Note |
|----|--------------|--|---------|--|---|--|
| 1 | 3 | Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa | A | Num. giorni necessari per la liquidazione fatture | Giorni consegna alla Direzione del Dipartimento della determina di liquidazione < 15 gg dalla registrazione delle fatture | Data di consegna della determina al Dip. di Prevenzione.Certificato dalla Direzione del Dipartimto.Per le determine di liq. per incarichi di natura autonoma per emergenza COVID considerare la data della fattura più recente |
| 2 | 3 | Attuazione della Sezione "Anticorruzione e Trasparenza del PIAO" | M | Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione | Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dalla Sezione "Anticorruzione e Trasparenza" del PIAO 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 Direz. 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 |
| 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 | 75% | Regolamento CE 999/2001 |
| 7 | 3 | Potenziamento controlli ufficiali sul benessere animale in allevamento | A | Allevamenti controllabili/Allevamenti controllati | 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 | 75% | Regolamento CE 999/2001 |
| 9 | 3 | Attuazione Piano Nazionale Alimentazione Animale | A | n. campionamenti PNAA effettuati/numero campionamenti previsti | 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. |
| 11 | 3 | Promozione e diffusione di conoscenze, competenze e consapevolezza che favoriscano l'adozione di misure di contrasto dell'AMR nei percorsi universitari e nell'aggiornamento continuo dei professionisti | A | Formazione sull'uso appropriato degli antibiotici | Realizzazione di un percorso formativo annuale | PRP 2021-2025: PL10 indicatore specifico Certificativo OT02_IT02. PNCAR 2022-2025 |
| 12 | 3 | Favorire la realizzazione, a livello locale, delle azioni previste dal PNCAR 2022-2025, in ambito veterinario, con approccio One Health,relativamente a sorveglianza /monitoraggio, uso appropriato degli antibiotici, prevenzione delle infezioni, formazione | A | Sorveglianza e monitoraggio dell'impiego degli antibiotici in ambito veterinario | Realizzazione di verifiche annuali attraverso la sorveglianza/monitoraggio almeno del 50% degli allevamenti con le DDDVET entro il 2025, con l'utilizzo degli strumenti informatici messi a disposizione dal Ministero (Classyfarm) | PRP 2021-2025: PL10 indicatore specifico Certificativo OS01_IS08. PNCAR 2022-2025. Classyfarm |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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

| N. | Prosp. BSC * | Descrizione | Peso ** | Indicatore | Target | Note |
|----|--------------|--|---------|---|---|--|
| 1 | 3 | Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa | A | Num. giorni necessari per la liquidazione fatture | Giorni consegna alla Direzione del Dipartimento della determina di liquidazione < 15 gg dalla registrazione delle fatture | Data di consegna della determina al Dip. di Prevenzione.Certificato dalla Direzione del Dipartimto.Per le determine di liq. per incarichi di natura autonoma per emergenza COVID considerare la data della fattura più recente |
| 2 | 3 | Attuazione della Sezione "Anticorruzione e Trasparenza del PIAO" | M | Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione | Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dalla Sezione "Anticorruzione e Trasparenza" del PIAO 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 Direz. 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 |
| 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 | 75% | Regolamento CE 999/2001 |
| 7 | 3 | Potenziamento controlli ufficiali sul benessere animale in allevamento | A | Allevamenti controllabili/Allevamenti controllati | 50% | 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 | 75% | Regolamento CE 999/2001 |
| 9 | 3 | Attuazione Piano Nazionale Alimentazione Animale | A | n. campionamenti effettuati/tot. campionamenti previsti | 75% | PNAA |
| 10 | 3 | Attuazione Piano Nazionale Residui | A | n. campionamenti effettuati / tot. campionamenti previsti | 75% | PNR |
| 11 | 3 | Promozione e diffusione di conoscenze, competenze e consapevolezza che favoriscano l'adozione di misure di contrasto dell'AMR nei percorsi universitari e nell'aggiornamento continuo dei professionisti | A | Formazione sull'uso appropriato degli antibiotici | Realizzazione di un percorso formativo annuale | PRP 2021-2025: PL10 indicatore specifico Certificativo OT02_IT02. PNCAR 2022-2025 |
| 12 | 3 | Lotta integrata alle malattie trasmesse da vettori attraverso le buone prassi, le iniziative informative a favore dei cittadini, formative e di approfondimento degli attori coinvolti, il monitoraggio degli indicatori dei relativi obiettivi, in un'ottica di | A | Persone/operatori a rischio individuate | 80% persone/operatori a rischio individuate | |
| 13 | 3 | Favorire la realizzazione, a livello locale, delle azioni previste dal PNCAR 2022-2025, in ambito veterinario, con approccio One Health,relativamente a sorveglianza /monitoraggio, uso appropriato degli antibiotici, prevenzione delle infezioni, formazione | A | Sorveglianza e monitoraggio dell'impiego degli antibiotici in ambito veterinario | Realizzazione di verifiche annuali attraverso la sorveglianza/monitoraggio almeno del 50% degli allevamenti con le DDDVET entro il 2025, con l'utilizzo degli strumenti informativi messi a disposizione dal Ministero (Classyfarm) | PRP 2021-2025: PL10 indicatore specifico Certificativo OS01_IS08. PNCAR 2022-2025. Classyfarm |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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

| N. | Prosp. BSC * | Descrizione | Peso ** | Indicatore | Target | Note |
|----|--------------|--|---------|--|--|--|
| 1 | 3 | Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa | A | Num. giorni necessari per la liquidazione fatture | Giorni consegna alla Direzione del Dipartimento della determina di liquidazione < 15 gg dalla registrazione delle fatture | Data di consegna della determina al Dip. di Prevenzione.Certificato dalla Direzione del Dipartimto.Per le determine di liq. per incarichi di natura autonoma per emergenza COVID considerare la data della fattura più recente |
| 2 | 3 | Attuazione della Sezione "Anticorruzione e Trasparenza del PIAO" | M | Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione | Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dalla Sezione "Anticorruzione e Trasparenza" del PIAO 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 Direz. 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 |
| 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 | 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 | 25% | |
| 8 | 3 | Sorveglianza BSE dei Bovini di età 48 mesi morti in allevamento | A | prelievi obex/sul totale prelevabile | 75% | Regolamento CE 999/2001 |
| 9 | 3 | Attuazione Piano Nazionale Benessere Animale 2024 | A | Allevamenti DPA previsti/controllati per la corretta applicazione del benessere animale | 30% | Piano Nazionale Benessere Animale 2024 |
| 10 | 3 | Attuazione Piano Nazionale Alimentazione Animale | A | n. campionamenti effettuati/tot. campionamenti previsti | 75% | PNAA |
| 11 | 3 | Potenziamento attività di controllo ufficiale sugli Stabilimenti di commercio ingrosso/dettaglio mangimi e determinazione del profilo di rischio | A | Stabilimenti di commercio ingrosso/dettaglio mangimi (materie prime, mangimi composti) controllati/totale in anagrafica aggiornata | 50% | PNAA |
| 12 | 3 | Attuazione Piano Nazionale Residui | A | n. campionamenti effettuati / tot. campionamenti previsti | 100% | PNR |
| 13 | 3 | Attuazione Piano Nazionale della Farmacosorveglianza 2024 | A | Controlli ufficiali presso attività diverse da quelle in cui si allevano animali da produzione di alimenti previsti/controllati | 30% | Piano Nazionale della Farmacosorveglianza 2024 |
| 14 | 3 | Certificazione animali morti | A | Controlli su invio a smaltimento degli animali morti | Controlli sul 100% degli animali morti | Reg 1069/2009 |
| 15 | 3 | Attuazione Piano Nazionale della Farmacosorveglianza 2024 | A | Allevamenti DPA previsti/controllati per la corretta gestione del farmaco | 30% | Piano Nazionale della Farmacosorveglianza 2024 |
| 16 | 3 | Promozione e diffusione di conoscenze, competenze e consapevolezza che favoriscano l'adozione di misure di contrasto dell'AMR nei percorsi universitari e nell'aggiornamento continuo dei professionisti | A | Formazione sull'uso appropriato degli antibiotici | Realizzazione di un percorso formativo annuale | PRP 2021-2025: PL10 indicatore specifico Certificativo OT02_IT02. PNCAR 2022-2025 |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

DIPARTIMENTO Dipartimento di Prevenzione

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

| | | | | | | |
|-----------|----------|--|----------|--|---|---|
| 17 | 3 | Favorire la realizzazione, a livello locale, delle azioni previste dal PNCAR 2022-2025, in ambito veterinario, con approccio One Health,relativamente a sorveglianza /monitoraggio, uso appropriato degli antibiotici, prevenzione delle infezioni, formazione | A | Sorveglianza e monitoraggio dell'impiego degli antibiotici in ambito veterinario | Realizzazione di verifiche annuali attraverso la sorveglianza/monitoraggio almeno del 50% degli allevamenti con le DDDVET entro il 2025, con l'utilizzo degli strumenti informatici messi a disposizione dal Ministero (Classyfarm) | PRP 2021-2025: PL10 indicatore specifico Certificativo OS01_IS08. PNCAR 2022-2025. Classyfarm |
|-----------|----------|--|----------|--|---|---|

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

DIPARTIMENTO Dipartimento di Prevenzione

UNITA' OPERATIVA UOSVD D. PREV. - Randagismo

| N. | Prosp. BSC * | Descrizione | Peso ** | Indicatore | Target | Note |
|----|--------------|---|---------|---|--|--|
| 1 | 3 | Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa | A | Num. giorni necessari per la liquidazione fatture | Giorni consegna alla Direzione del Dipartimento della determina di liquidazione < 15 gg dalla registrazione delle fatture | Data di consegna della determina al Dip. di Prevenzione.Certificato dalla Direzione del Dipartimto.Per le determine di liq. per incarichi di natura autonoma per emergenza COVID considerare la data della fattura più recente |
| 2 | 3 | Attuazione della Sezione "Anticorruzione e Trasparenza del PIAO" | M | Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione | Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dalla Sezione "Anticorruzione e Trasparenza" del PIAO 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 Direz. 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 |
| 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 |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

DIPARTIMENTO Dipartimento di Prevenzione

UNITA' OPERATIVA UOSVD Screening Mammario-Radiodiagnostica Senologica

| N. | Prosp. BSC * | Descrizione | Peso ** | Indicatore | Target | Note |
|----|--------------|---|---------|--|--|--|
| 1 | 3 | Efficienza Organizzativa | B | Monitoraggio del grado di raggiungimento degli obiettivi di budget | Produzione ed invio entro il 31/07 alla Direz. 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 |
| 2 | 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 | |
| 3 | 3 | Miglioramento della qualità assistenziale | A | Proporzione di pazienti con carcinoma infiltrante e ascella negativa alla valutazione clinico-strumentale (US/FNAC/CNB) sottoposte a sola biopsia del linfonodo sentinella | ≥ 90% delle pazienti | Obiettivo condiviso tra UOSVD Chir. Senologica, UOSVD Radiologia Senologica San Paolo e UOSVD Screening Cr Mammella-Radiodiagnostica Senologica P.O. Di Venere |
| 4 | 3 2 | Clinical governance | A | Incremento dei punti di offerta diagnostico-operativa per lo screening | Attivazione di n. 1 centro di SENOLOGIA a Bari Murat | Obiettivo condizionato alle disponibilità strutturali, logistiche, strumentali e di personale |
| 5 | 3 4 | Clinical governance | A | Avvio tecnologia cesm-mammografia con mdc | Riduzione del 30% del num. di risonanze fatte, rispetto al valore del 2022 | |
| 6 | 3 | Miglioramento qualità assistenziale | A | Percentuale di adesione: % di persone in età target che eseguono il test / donne residenti (ind. LEA/NSG) | 50% della popolazione residente | |
| 7 | 3 | Sensibilizzazione dell'utenza alla prevenzione secondaria attraverso l'adesione agli screening oncologici | M | Organizzazione incontri divulgativi | Organizzazione n. 3 eventi divulgativi | |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

DIPARTIMENTO Dipartimento di Prevenzione

UNITA' OPERATIVA UOSVD Screening Colon Retto-Endoscopia Digestiva

| N. | Prosp. BSC * | Descrizione | Peso ** | Indicatore | Target | Note |
|----|--------------|---|---------|--|--|--|
| 1 | 3 | Efficienza Organizzativa | B | Monitoraggio del grado di raggiungimento degli obiettivi di budget | Produzione ed invio entro il 31/07 alla Direz. 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 |
| 2 | 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 | |
| 3 | 3 2 | Clinical governance | M | Incremento dei punti di offerta diagnostico-operativa per lo screening | Attivazione di n. 1 centro aziendale di endoscopia | Obiettivo condizionato alle disponibilità strutturali, logistiche, strumentali e di personale |
| 4 | 3 2 | Clinical governance | A | Potenziamento attività di II livello centro Endoscopia Monopoli | Incremento del 20% rispetto al valore del 2023 | Obiettivo condizionato alle disponibilità strutturali, logistiche, strumentali e di personale |
| 5 | 3 | Formazione | M | Organizzazione di evento formativo aziendale – Formazione Continua Interdisciplinare (PL 13 – PNP 20-25) | Organizzazione n. 1 evento | |
| 6 | 3 | Sensibilizzazione dell'utenza alla prevenzione secondaria attraverso l'adesione agli screening oncologici | M | Organizzazione incontri divulgativi | Organizzazione n. 3 eventi divulgativi | |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

DIPARTIMENTO Dipartimento di Prevenzione

UNITA' OPERATIVA UOSVD Screening Service Uterina

| N. | Prosp. BSC * | Descrizione | Peso ** | Indicatore | Target | Note |
|----|--------------|---|---------|---|--|--|
| 1 | 3 | Efficienza Organizzativa | B | Monitoraggio del grado di raggiungimento degli obiettivi di budget | Produzione ed invio entro il 31/07 alla Direz. 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 |
| 2 | 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 | |
| 3 | 3 | Miglioramento qualità assistenziale | A | Percentuale di adesione: % di persone in età target che eseguono il test / donne residenti (ind. LEA/NSG) | 55% della popolazione residente | |
| 4 | 3 | Clinical governance | A | Potenziamento attività di II livello | Incremento del 20% del num. di colposcopie rispetto al valore del 2023 | Obiettivo condizionato alle disponibilità strutturali, logistiche, strumentali e di personale |
| 5 | 3 | Formazione | M | Organizzazione di evento formativo aziendale – Formazione Continua Interdisciplinare (PL 13 – PNP 20-25) | Organizzazione n. 1 evento | Evento proposto nel Piano Formativo 2024 prot. 81763 del 30/10/2023 |
| 6 | 3 | Sensibilizzazione dell'utenza alla prevenzione secondaria attraverso l'adesione agli screening oncologici | M | Organizzazione incontri divulgativi | Organizzazione n. 3 eventi divulgativi | |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 | Salute e sicurezza nei luoghi di lavoro | A | Misurazione agenti fisici in ambienti di lavoro | N. 6 campionamenti di agenti fisici su malattie professionali segnalate dagli SPESAL (IPOACUSIE) | Report riepilogativo da inviare al Direttore del Dipartimento. Fonte: Registri di attività |
| 3 | 3 | Efficienza Organizzativa | B | Monitoraggio del grado di raggiungimento degli obiettivi di budget | Produzione ed invio entro il 31/07 alla Direz. 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 |
| 4 | 3 | Efficienza Organizzativa | B | Redazione documento annuale sul raggiungimento degli obiettivi di budget | Invio al Coordinatore degli SPESAL e 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 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 | A | Modello FLS 18 Assistenza Sanitaria Collettiva:Flussi informativi trasmessi entro i termini previsti/totale flussi informativi di competenza | 100% | |
| 2 | 3 | Qualità flussi informativi | A | 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 al Coordinatore degli SPESAL e 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 al Coordinatore degli SPESAL e alla Direzione del Dipartimento di relazione annuale al 31/12, di ciascuno degli obiettivi di budget assegnati, entro la data richiesta | |
| 7 | 3 | Efficienza Organizzativa | M | Report dati Provinciali relativo alla produzione degli SPESAL con il confronto tra le tre aree in rapporto alla dotazione del personale disponibile | Invio al Coordinatore degli SPESAL e alla Direzione del Dipartimento entro il 29/02/2024 del Report prodotto | |
| 8 | 3 | Qualità flussi informativi | M | Rendicontazione semestrale relativa all'utilizzo del sistema informativo CLICK PREVENZIONE suddiviso per area | Invio al Coordinatore degli SPESAL e alla Direzione del Dipartimento entro il giorno 15 del mese successivo al semestre di riferimento | |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 | ≥ 40% dei pazienti dimessi | |
| 6 # 3 | Clinical governance | M | Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazioni Ministeriali n.7, 12, 17, 18 | 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 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Farmaci / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 8 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Presidi chir. e materiale sanitario / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 9 # 3 4 | Sanità digitale | B | Percentuale di Cartelle Cliniche Elettroniche chiuse | ≥ 90% | |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 | ≥ 40% 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 Raccomandazioni Ministeriali n.7, 12, 17, 18 | 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 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Farmaci / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 7 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Presidi chir. e materiale sanitario / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 8 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Materiale protesico / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 9 # 3 4 | Sanità digitale | B | Percentuale di Cartelle Cliniche Elettroniche chiuse | ≥ 90% | |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 | ≥ 40% 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 Raccomandazioni Ministeriali n.7, 12, 17, 18 | 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 |
| 9 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Farmaci / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 10 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Presidi chir. e materiale sanitario / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 11 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Materiale protesico / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 12 3 | Miglioramento della qualità assistenziale | A | Proporzione di pazienti con carcinoma infiltrante e ascella negativa alla valutazione clinico-strumentale (US/FNAC/CNB) sottoposte a sola biopsia del linfonodo sentinella | ≥ 90% delle pazienti | Obiettivo condiviso tra UOSVD Chir. Senologica, UOSVD Radiologia Senologica San Paolo e UOSVD Screening Cr Mammella-Radiodiagnostica Senologica P.O. Di Venere |
| 13 # 3 4 | Sanità digitale | B | Percentuale di Cartelle Cliniche Elettroniche chiuse | ≥ 90% | |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

DIPARTIMENTO Dipartimento di Area Chirurgica

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

| N. Prosp. BSC * | Descrizione | Peso ** | Indicatore | Target | Note |
|-----------------|---|---------|---|---|---|
| 1 # 1 2 | Sanità digitale | M | % di prestazioni ambulatoriali con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia | ≥ 10% delle prestazioni ambulatoriali | |
| 2 # 1 2 | Sanità digitale | B | Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata | > 500 | |
| 3 # 1 3 | Efficienza organizzativa | A | Fatturato prestazioni ambulatoriali esterne | Fatturato prestazioni ambulatoriali esterne 2024 > 2023 | |
| 4 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Presidi chir. e materiale sanitario / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 | ≥ 40% dei pazienti dimessi | |
| 6 # 3 | Clinical governance | M | Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazioni Ministeriali n.7, 12, 17, 18 | 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% | |
| 8 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Farmaci / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 9 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Presidi chir. e materiale sanitario / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 10 # 3 4 | Sanità digitale | B | Percentuale di Cartelle Cliniche Elettroniche chiuse | ≥ 90% | |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 | ≥ 40% dei pazienti dimessi | |
| 6 # 3 | Clinical governance | M | Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazioni Ministeriali n.7, 12, 17, 18 | 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 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Farmaci / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 8 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Presidi chir. e materiale sanitario / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 9 # 3 4 | Sanità digitale | B | Percentuale di Cartelle Cliniche Elettroniche chiuse | 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 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 | ≥ 40% dei pazienti dimessi | |
| 6 # 3 | Clinical governance | M | Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazioni Ministeriali n.7, 12, 17, 18 | 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 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Farmaci / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 8 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Presidi chir. e materiale sanitario / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 9 # 3 4 | Sanità digitale | B | Percentuale di Cartelle Cliniche Elettroniche chiuse | ≥ 90% | |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 | ≥ 40% dei pazienti dimessi | |
| 6 # 3 | Clinical governance | M | Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazioni Ministeriali n.7, 12, 17, 18 | 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 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Farmaci / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 8 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Presidi chir. e materiale sanitario / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 9 # 3 4 | Sanità digitale | B | Percentuale di Cartelle Cliniche Elettroniche chiuse | ≥ 90% | |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 | ≥ 40% dei pazienti dimessi | |
| 6 # 3 | Clinical governance | M | Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazioni Ministeriali n.7, 12, 17, 18 | 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 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Farmaci / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 8 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Presidi chir. e materiale sanitario / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 9 # 3 4 | Sanità digitale | B | Percentuale di Cartelle Cliniche Elettroniche chiuse | ≥ 90% | |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

DIPARTIMENTO Dipartimento di Area Chirurgica

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

| N. Prosp. BSC * | Descrizione | Peso ** | Indicatore | Target | Note |
|-----------------|---|---------|---|---|---|
| 1 # 1 2 | Sanità digitale | M | % di prestazioni ambulatoriali con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia | ≥ 10% delle prestazioni ambulatoriali | |
| 2 # 1 2 | Sanità digitale | B | Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata | > 500 | |
| 3 # 1 3 | Efficienza organizzativa | A | Fatturato prestazioni ambulatoriali esterne | Fatturato prestazioni ambulatoriali esterne 2024 > 2023 | |
| 4 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Presidi chir. e materiale sanitario / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

DIPARTIMENTO Dipartimento Nefrourologico

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

| N. Prosp. BSC * | Descrizione | Peso ** | Indicatore | Target | Note |
|-----------------|---|---------|---|---|---|
| 1 # 4 | Clinical governance | M | % Dimissioni volontarie | < 4% | |
| 2 # 1 2 | Sanità digitale | B | Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata | > 4000 | |
| 3 2 | Integrazione Ospedale-Territorio | M | Immissione di nuovi pazienti in dialisi peritoneale | Almeno un nuovo paziente | |
| 4 # 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 |
| 5 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 | |
| 6 3 | Clinical governance | M | Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazioni Ministeriali n.7, 12, 17, 18 | 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 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Farmaci / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 8 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Presidi chir. e materiale sanitario / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 9 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Materiale per emodialisi / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 10# 3 4 | Sanità digitale | B | Percentuale di Cartelle Cliniche Elettroniche chiuse | ≥ 90% | |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 | ≥ 40% 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 Raccomandazioni Ministeriali n.7, 12, 17, 18 | 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 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Farmaci / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 9 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Presidi chir. e materiale sanitario / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 10 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Materiale protesico / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 11 # 3 4 | Sanità digitale | B | Percentuale di Cartelle Cliniche Elettroniche chiuse | ≥ 90% | |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 # 4 | Clinical governance | M | % Dimissioni volontarie | < 4% | |
| 2 # 1 2 | Sanità digitale | M | % di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia | ≥ 40% dei pazienti dimessi | |
| 3 # 2 | Integrazione Ospedale-Territorio | M | Immissione di nuovi pazienti in dialisi peritoneale | Almeno un nuovo paziente | |
| 4 # 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 |
| 5 # 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 | |
| 6 # 3 | Clinical governance | M | Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazioni Ministeriali n.7, 12, 17, 18 | 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 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Farmaci / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 8 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Presidi chir. e materiale sanitario / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 9 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Materiale per emodialisi / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 10 # 3 | Formazione | B | Organizzazione evento La Plasmaferesi nella Miastenia Gravis e nelle Neuropatie Disimmuni: condivisione delle indicazioni e della tecnica" | Un evento formativo rivolto al personale medico e del Comparto UU.OO. di Neurologia e Nefrologia dell'Ospedale "Di Venere" | Obiettivo condiviso tra U.O. Neurologia Di Venere e Nefrologia Di Venere |
| 11 # 3 4 | Sanità digitale | B | Percentuale di Cartelle Cliniche Elettroniche chiuse | ≥ 90% | |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 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 | ≥ 40% 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 Raccomandazioni Ministeriali n.7, 12, 17, 18 | 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 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Farmaci / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 9 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Presidi chir. e materiale sanitario / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 10 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Materiale protesico / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 11 # 3 4 | Sanità digitale | B | Percentuale di Cartelle Cliniche Elettroniche chiuse | ≥ 90% | |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 # 4 | Clinical governance | M | % Dimissioni volontarie | < 4% | |
| 2 # 1 | Sanità digitale | M | % di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia | ≥ 40% dei pazienti dimessi | |
| 2 | | | | | |
| 3 # 2 | Integrazione Ospedale-Territorio | M | Immissione di nuovi pazienti in dialisi peritoneale | Almeno un nuovo paziente | |
| 4 # 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 |
| 5 # 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 | |
| 2 | | | | | |
| 6 # 3 | Clinical governance | M | Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazioni Ministeriali n.7, 12, 17, 18 | 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 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Farmaci / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 8 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Presidi chir. e materiale sanitario / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 9 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Materiale per emodialisi / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 10 # 3 | Sanità digitale | B | Percentuale di Cartelle Cliniche Elettroniche chiuse | ≥ 90% | |
| 4 | | | | | |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 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 | ≥ 40% 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 Raccomandazioni Ministeriali n.7, 12, 17, 18 | 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 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Farmaci / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 9 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Presidi chir. e materiale sanitario / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 10 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Materiale protesico / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 11 # 3 | Sanità digitale | B | Percentuale di Cartelle Cliniche Elettroniche chiuse | 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 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

DIPARTIMENTO Dipartimento Nefrourologico
 UNITA' OPERATIVA UOSVD Urologia Osp. Monopoli

| N. Prosp. BSC * | Descrizione | Peso ** | Indicatore | Target | Note |
|-----------------|---|---------|---|--|---|
| 1 # 3 | Clinical governance | M | Indice Chirurgico | > 85% | Al netto dei Ricoveri da P.S. |
| 2 # 3 | Clinical governance | M | Degenza Media Pre Operatoria | ≤ 1.5 gg. | Su ricoveri programmati |
| 3 # 3 | Clinical governance | M | Rapporto tra ricoveri con DRG a rischio di inappropriately e ricoveri con DRG non a rischio inappropriately in regime ordinario | ≤ 0,21 | 0,21 = intervallo di adeguatezza Comitato LEA |
| 4 # 4 | Clinical governance | M | % Dimissioni volontarie | < 3% | |
| 5 # 1 2 | Sanità digitale | M | % di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia | ≥ 40% 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 Raccomandazioni Ministeriali n.7, 12, 17, 18 | 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 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Farmaci / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 9 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Presidi chir. e materiale sanitario / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 10 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Materiale protesico / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 11 # 3 4 | Sanità digitale | B | Percentuale di Cartelle Cliniche Elettroniche chiuse | ≥ 90% | |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 # 4 | Clinical governance | M | % Dimissioni volontarie | < 4% | |
| 2 # 1 2 | Sanità digitale | B | Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata | > 4000 | |
| 3 # 1 2 | Sanità digitale | M | % di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia | ≥ 40% 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 Raccomandazioni Ministeriali n.7, 12, 17, 18 | 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 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Farmaci / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 9 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Presidi chir. e materiale sanitario / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 10 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Materiale per emodialisi / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 11 # 3 4 | Sanità digitale | B | Percentuale di Cartelle Cliniche Elettroniche chiuse | ≥ 90% | |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 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 | ≥ 40% dei pazienti dimessi | |
| 7 # 3 | Clinical governance | M | Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazioni Ministeriali n.7, 12, 17, 18 | 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 # 4 | Miglioramento della qualità assistenziale | A | N. ricoveri chirurgici con utilizzo di procedure robotizzate su protesi di ginocchio | N. 70 ricoveri totali dipartimentali | |
| 9 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Farmaci / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 ≤ valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 10 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Presidi chir. e materiale sanitario / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 ≤ valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 11 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Materiale protesico / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 ≤ valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 12 # 3 | Sanità digitale | B | Percentuale di Cartelle Cliniche Elettroniche chiuse | ≥ 90% | |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 inappropriatelyzza e ricoveri con DRG non a rischio inappropriatelyzza in regime ordinario | ≤ 0,21 | 0,21 = intervallo di adeguatezza Comitato LEA |
| 4 # 4 | Clinical governance | M | % Dimissioni volontarie | < 3% | |
| 5 # 3 | 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 | ≥ 40% dei pazienti dimessi | |
| 7 # 3 | Clinical governance | M | Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazioni Ministeriali n.7, 12, 17, 18 | 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 # 4 | Miglioramento della qualità assistenziale | A | N. ricoveri chirurgici con utilizzo di procedure robotizzate su protesi di ginocchio | N. 70 ricoveri totali dipartimentali | |
| 9 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Farmaci / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 ≤ valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 10 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Presidi chir. e materiale sanitario / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 ≤ valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 11 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Materiale protesico / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 ≤ valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 12 # 3 | Sanità digitale | B | Percentuale di Cartelle Cliniche Elettroniche chiuse | ≥ 90% | |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 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 | ≥ 40% dei pazienti dimessi | |
| 7 # 3 | Clinical governance | M | Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazioni Ministeriali n.7, 12, 17, 18 | 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 # 4 | Miglioramento della qualità assistenziale | A | N. ricoveri chirurgici con utilizzo di procedure robotizzate su protesi di ginocchio | N. 70 ricoveri totali dipartimentali | |
| 9 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Farmaci / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 ≤ valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 10 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Presidi chir. e materiale sanitario / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 ≤ valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 11 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Materiale protesico / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 ≤ valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 12 # 3 | Sanità digitale | B | Percentuale di Cartelle Cliniche Elettroniche chiuse | ≥ 90% | |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 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 | ≥ 40% dei pazienti dimessi | |
| 7 # 3 | Clinical governance | M | Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazioni Ministeriali n.7, 12, 17, 18 | 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 # 4 | Miglioramento della qualità assistenziale | A | N. ricoveri chirurgici con utilizzo di procedure robotizzate su protesi di ginocchio | N. 70 ricoveri totali dipartimentali | |
| 9 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Farmaci / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 ≤ valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 10 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Presidi chir. e materiale sanitario / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 ≤ valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 11 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Materiale protesico / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 ≤ valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 12 # 3 | Sanità digitale | B | Percentuale di Cartelle Cliniche Elettroniche chiuse | 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 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

DIPARTIMENTO Dipartimento di Ortopedia
 UNITA' OPERATIVA **UOC Ortopedia e Traumatologia Osp. Monopoli**

| N. Prosp. BSC * | Descrizione | Peso ** | Indicatore | Target | Note |
|-----------------|---|---------|---|---|---|
| 1 # 3 | Clinical governance | M | Indice Chirurgico | > 85% | Al netto dei Ricoveri da P.S. |
| 2 # 3 | Clinical governance | M | Degenza Media Pre Operatoria | ≤ 1.5 gg. | Su ricoveri programmati |
| 3 # 3 | Clinical governance | M | Rapporto tra ricoveri con DRG a rischio di 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 | ≥ 40% dei pazienti dimessi | |
| 7 # 3 | Clinical governance | M | Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazioni Ministeriali n.7, 12, 17, 18 | 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 # 4 | Miglioramento della qualità assistenziale | A | N. ricoveri chirurgici con utilizzo di procedure robotizzate su protesi di ginocchio | N. 70 ricoveri totali dipartimentali | |
| 9 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Farmaci / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 ≤ valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 10 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Presidi chir. e materiale sanitario / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 ≤ valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 11 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Materiale protesico / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 ≤ valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 12 # 3 | Sanità digitale | B | Percentuale di Cartelle Cliniche Elettroniche chiuse | ≥ 90% | |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

DIPARTIMENTO Dipartimento di Ortopedia

UNITA' OPERATIVA UOSVD 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 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 | ≥ 40% dei pazienti dimessi | |
| 6 # 3 | Clinical governance | M | Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazioni Ministeriali n.7, 12, 17, 18 | 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 # 4 3 | Miglioramento della qualità assistenziale | A | N. ricoveri chirurgici con utilizzo di procedure robotizzate su protesi di ginocchio | N. 70 ricoveri totali dipartimentali | |
| 8 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Farmaci / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 ≤ valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 9 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Presidi chir. e materiale sanitario / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 ≤ valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 10 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Materiale protesico / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 ≤ valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 11 # 3 4 | Sanità digitale | B | Percentuale di Cartelle Cliniche Elettroniche chiuse | ≥ 90% | |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 | ≥ 1.25 | 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 inappropriatelyzza e ricoveri con DRG non a rischio inappropriatelyzza in regime ordinario | ≤ 0,21 | 0,21 = intervallo di adeguatezza Comitato LEA |
| 4 # 1 2 | Sanità digitale | M | % di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia | ≥ 40% 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 Raccomandazioni Ministeriali n.7, 12, 17, 18 | 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 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Farmaci / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 8 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Presidi chir. e materiale sanitario / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 9 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Presidi chir. e materiale sanitario / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 10# 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Prescrizione di farmaci aventi brevetto scaduto nei pazienti "naive" nel rispetto delle delibere e delle circolari regionali | Utilizzo dei farmaci Anti TNF alfa a brevetto scaduto >90% rispetto all'utilizzo di tutti i farmaci della categoria degli immunomodulatori (L04A) per la stessa indicazione terapeutica | Obiettivo certificato dall'Area Farmaceutica Territoriale |
| 11# 3 4 | Sanità digitale | B | Percentuale di Cartelle Cliniche Elettroniche chiuse | ≥ 90% | |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 | ≥ 1.25 | 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 | ≥ 40% 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 Raccomandazioni Ministeriali n.7, 12, 17, 18 | 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 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Farmaci / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 8 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Presidi chir. e materiale sanitario / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 9 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Presidi chir. e materiale sanitario / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 10# 3 4 | Sanità digitale | B | Percentuale di Cartelle Cliniche Elettroniche chiuse | ≥ 90% | |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 | ≥ 1.25 | 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 | ≥ 40% 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 Raccomandazioni Ministeriali n.7, 12, 17, 18 | 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 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Farmaci / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 8 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Presidi chir. e materiale sanitario / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 9 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Presidi chir. e materiale sanitario / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 10# 3 4 | Sanità digitale | B | Percentuale di Cartelle Cliniche Elettroniche chiuse | ≥ 90% | |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 | ≥ 1.25 | 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 inappropriatelyzza e ricoveri con DRG non a rischio inappropriatelyzza in regime ordinario | ≤ 0,21 | 0,21 = intervallo di adeguatezza Comitato LEA |
| 4 # 1 2 | Sanità digitale | M | % di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia | ≥ 40% 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 Raccomandazioni Ministeriali n.7, 12, 17, 18 | 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 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Farmaci / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 8 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Presidi chir. e materiale sanitario / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 9 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Presidi chir. e materiale sanitario / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 10# 3 4 | Sanità digitale | B | Percentuale di Cartelle Cliniche Elettroniche chiuse | ≥ 90% | |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 | ≥ 1.25 | 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 inappropriatelyzza e ricoveri con DRG non a rischio inappropriatelyzza in regime ordinario | ≤ 0,21 | 0,21 = intervallo di adeguatezza Comitato LEA |
| 4 # 1 2 | Sanità digitale | M | % di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia | ≥ 40% 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 Raccomandazioni Ministeriali n.7, 12, 17, 18 | 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 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Farmaci / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 8 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Presidi chir. e materiale sanitario / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 9 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Presidi chir. e materiale sanitario / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 10# 3 4 | Sanità digitale | B | Percentuale di Cartelle Cliniche Elettroniche chiuse | ≥ 90% | |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 | ≥ 1.25 | 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 inappropriatelyzza e ricoveri con DRG non a rischio inappropriatelyzza in regime ordinario | ≤ 0,21 | 0,21 = intervallo di adeguatezza Comitato LEA |
| 4 # 1 2 | Sanità digitale | M | % di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia | ≥ 40% 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 Raccomandazioni Ministeriali n.7, 12, 17, 18 | 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 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Farmaci / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 8 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Presidi chir. e materiale sanitario / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 9 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Presidi chir. e materiale sanitario / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 10# 3 4 | Sanità digitale | B | Percentuale di Cartelle Cliniche Elettroniche chiuse | ≥ 90% | |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 | ≥ 1.25 | 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 | ≥ 40% 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 Raccomandazioni Ministeriali n.7, 12, 17, 18 | 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 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Farmaci / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 8 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Presidi chir. e materiale sanitario / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 9 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Presidi chir. e materiale sanitario / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 10# 3 4 | Sanità digitale | B | Percentuale di Cartelle Cliniche Elettroniche chiuse | ≥ 90% | |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 | ≥ 1.25 | 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 | ≥ 40% 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 Raccomandazioni Ministeriali n.7, 12, 17, 18 | 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 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Farmaci / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 8 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Presidi chir. e materiale sanitario / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 9 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Presidi chir. e materiale sanitario / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 10# 3 4 | Sanità digitale | B | Percentuale di Cartelle Cliniche Elettroniche chiuse | ≥ 90% | |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 2024 ≥ 2023 | |
| 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 l'80% delle arruolate in Breast Unit e candidate alla chemioterapia neoadiuvante | Obiettivo condiviso tra Radiologia Senologica e Oncologia P.O. San Paolo |
| 8 | # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Presidi chir. e materiale sanitario / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 | ≥ 40% 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 2024 > 2023 | |
| 4 3 | Clinical governance | A | Potenziamento attività ERCP presso il P.O. della Murgia: N.prestazioni di ERCP | N. prestazioni 2024 > 2023 | |
| 5 3 | Clinical governance | A | Potenziamento attività ERCP presso il P.O. San Paolo: N.prestazioni di ERCP | N. prestazioni 2024 > 2023 | |
| 6 3 | Potenziamento screening oncologici | A | Screening Carcinoma del colon-retto: potenziamento dell'attività di II livello | N. Coloscopie 2024 = 2023 +20% | Certificato dall'U.O. Screening colon-retto |
| 7 3 | Clinical governance | M | Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazioni Ministeriali n.7, 12, 17, 18 | 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 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Farmaci / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 9 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Presidi chir. e materiale sanitario / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 10# 3 4 | Sanità digitale | B | Percentuale di Cartelle Cliniche Elettroniche chiuse | ≥ 90% | |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 inappropriatazza e ricoveri con DRG non a rischio inappropriatazza in regime ordinario | ≤ 0,21 | 0,21 = intervallo di adeguatezza Comitato LEA |
| 2 # 4 | Clinical governance | M | % Dimissioni volontarie | < 3% | |
| 3 # 1 2 | Sanità digitale | M | % di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia | ≥ 40% dei pazienti dimessi | |
| 4 # 3 | Clinical governance | M | Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazioni Ministeriali n.7, 12, 17, 18 | 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 | 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 |
| 6 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Farmaci / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 7 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Presidi chir. e materiale sanitario / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 8 # 1 2 | Sanità digitale | B | Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata | > 3000 | |
| 9 # 3 4 | Sanità digitale | B | Percentuale di Cartelle Cliniche Elettroniche chiuse | ≥ 90% | |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 inappropriatelyzza e ricoveri con DRG non a rischio inappropriatelyzza 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 | ≥ 40% dei pazienti dimessi | |
| 4 # 3 | Clinical governance | M | Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazioni Ministeriali n.7, 12, 17, 18 | 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 | > 1500 | |
| 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 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Farmaci / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 8 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Presidi chir. e materiale sanitario / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 9 # 3 4 | Sanità digitale | B | Percentuale di Cartelle Cliniche Elettroniche chiuse | ≥ 90% | |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 inappropriately e ricoveri con DRG non a rischio inappropriately 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 ≥ 20% rispetto al 2023 | |
| 4 # 1 2 | Sanità digitale | M | % di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia | ≥ 40% dei pazienti dimessi | |
| 5 3 | Clinical governance | M | Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazioni Ministeriali n.7, 12, 17, 18 | 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 |
| 8 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Farmaci / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 9 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Presidi chir. e materiale sanitario / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 10# 3 4 | Sanità digitale | B | Percentuale di Cartelle Cliniche Elettroniche chiuse | 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 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 2024 ≥ 2023 | |
| 4 # | 1 2 | Sanità digitale | B | Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata | > 4000 | |
| 5 # | 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Presidi chir. e materiale sanitario / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 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 | ≥ 40% dei pazienti dimessi | |
| 4 # 3 | Clinical governance | M | Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazioni Ministeriali n.7, 12, 17, 18 | 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 | > 400 | |
| 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 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Farmaci / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 8 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Presidi chir. e materiale sanitario / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 9 # 3 4 | Sanità digitale | B | Percentuale di Cartelle Cliniche Elettroniche chiuse | ≥ 90% | |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

DIPARTIMENTO Dipartimento Cardiovascolare

UNITA' OPERATIVA UOC Cardiologia e UTIC Osp. San Paolo

| N. Prosp. BSC * | Descrizione | Peso ** | Indicatore | Target | Note |
|-----------------|---|---------|--|---|---|
| 1 # 3 | Clinical governance | M | Degenza Media | ≤ 7 gg. | |
| 2 # 4 | Clinical governance | M | % Dimissioni volontarie | < 3% | |
| 3 # 1 | Sanità digitale | M | % di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia | ≥ 40% dei pazienti dimessi | |
| 4 # 1 | Sanità digitale | B | Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata | > 1500 | |
| 5 3 | Clinical governance | M | Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazioni Ministeriali n.7, 12, 17, 18 | 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 | Formazione | B | Organizzazione di un evento formativo sulla Medicina di Genere | Organizzazione evento | Nella Relazione finale indicare date e numero partecipanti |
| 7 # 3 | Clinical governance | M | % IMA non provenienti da altre Strutture trattati con PTCA entro 2 gg | ≥ 60% | Indicatore PNE |
| 8 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Farmaci / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 9 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Presidi chir. e materiale sanitario / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 10# 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Materiale protesico / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 11# 3 | Sanità digitale | B | Percentuale di Cartelle Cliniche Elettroniche chiuse | ≥ 90% | |
| 12 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 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 | Sanità digitale | M | % di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia | ≥ 40% dei pazienti dimessi | |
| 4 # 1 | Sanità digitale | B | Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata | > 1200 | |
| 5 3 | Clinical governance | M | Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazioni Ministeriali n.7, 12, 17, 18 | 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 | Formazione | B | Organizzazione di un evento formativo sulla Medicina di Genere | Organizzazione evento | Nella Relazione finale indicare date e numero partecipanti |
| 7 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Farmaci / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 8 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Presidi chir. e materiale sanitario / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 9 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Materiale protesico / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 10# 3 | Sanità digitale | B | Percentuale di Cartelle Cliniche Elettroniche chiuse | ≥ 90% | |
| 11 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 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 | Sanità digitale | M | % di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia | ≥ 40% dei pazienti dimessi | |
| 4 # 1 | Sanità digitale | B | Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata | > 1200 | |
| 5 3 | Clinical governance | M | Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazioni Ministeriali n.7, 12, 17, 18 | 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 | Formazione | B | Organizzazione di un evento formativo sulla Medicina di Genere | Organizzazione evento | Nella Relazione finale indicare date e numero partecipanti |
| 7 # 3 | Clinical governance | M | % IMA non provenienti da altre Strutture trattati con PTCA entro 2 gg | ≥ 60% | Indicatore PNE |
| 8 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Farmaci / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 9 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Presidi chir. e materiale sanitario / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 10# 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Materiale protesico / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 11# 3 | Sanità digitale | B | Percentuale di Cartelle Cliniche Elettroniche chiuse | ≥ 90% | |
| 12 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 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 | Sanità digitale | M | % di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia | ≥ 40% dei pazienti dimessi | |
| 4 # 1 | Sanità digitale | B | Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata | > 1500 | |
| 5 3 | Clinical governance | M | Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazioni Ministeriali n.7, 12, 17, 18 | 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 | Formazione | B | Organizzazione di un evento formativo sulla Medicina di Genere | Organizzazione evento | Nella Relazione finale indicare date e numero partecipanti |
| 7 # 3 | Clinical governance | M | % IMA non provenienti da altre Strutture trattati con PTCA entro 2 gg | ≥ 60% | Indicatore PNE |
| 8 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Farmaci / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 9 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Presidi chir. e materiale sanitario / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 10# 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Materiale protesico / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 11# 3 | Sanità digitale | B | Percentuale di Cartelle Cliniche Elettroniche chiuse | 100% | |
| 12 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 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 | ≥ 40% dei pazienti dimessi | |
| 4 # 1 2 | Sanità digitale | B | Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata | > 1200 | |
| 5 3 | Formazione | B | Organizzazione di un evento formativo sulla Medicina di Genere | Organizzazione evento | Nella Relazione finale indicare date e numero partecipanti |
| 6 3 | Clinical governance | M | Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazioni Ministeriali n.7, 12, 17, 18 | 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 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Farmaci / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 8 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Presidi chir. e materiale sanitario / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 9 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Materiale protesico / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 10# 3 4 | Sanità digitale | B | Percentuale di Cartelle Cliniche Elettroniche chiuse | ≥ 90% | |
| 11 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 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 | ≥ 40% dei pazienti dimessi | |
| 4 # 1 2 | Sanità digitale | B | Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata | > 1200 | |
| 5 3 | Formazione | B | Organizzazione di un evento formativo sulla Medicina di Genere | Organizzazione evento | Nella Relazione finale indicare date e numero partecipanti |
| 6 3 | Clinical governance | M | Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazioni Ministeriali n.7, 12, 17, 18 | 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 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Farmaci / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 8 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Presidi chir. e materiale sanitario / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 9 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Materiale protesico / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 10# 3 4 | Sanità digitale | B | Percentuale di Cartelle Cliniche Elettroniche chiuse | ≥ 90% | |
| 11 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 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 | > 2800 | |
| 2 # 2 | Efficienza operativa | M | Potenziamento Ambulatorio Cefalee: Numero visite | > 450 visite | |
| 3 # 2 | Efficienza operativa | M | Potenziamento Ambulatorio Parkinson: Numero visite | > 350 visite | |
| 4 # 2 | Efficienza operativa | A | Potenziamento Ambulatorio Potenziali Evocati: Numero prestazioni | > 300 prestazioni | |
| 5 # 2 | Efficienza operativa | A | Avvio attività di Poligrafia: Numero prestazioni per pazienti esterni | > 50 prestazioni | Codice 89156 |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 a cui partecipino tutte le UU.OO. Oculistiche | Nella Relazione finale indicare data, sede, argomento e partecipanti. Obiettivo condiviso tra UU.OO. di Oculistica |
| 2 | # 1 2 | Sanità digitale | B | Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata | > 2500 | |
| 3 | # 1 3 | Efficienza organizzativa | A | Fatturato prestazioni ambulatoriali esterne | Fatturato prestazioni ambulatoriali esterne 2024 = 2023+10% | |
| 4 | # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Farmaci / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 5 | # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Presidi chir. e materiale sanitario / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 6 | # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Materiale protesico / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 7 | 3 2 | Miglioramento della qualità assistenziale | A | Organizzazione di giornate di screening per la prevenzione delle patologie di interesse oculistico (Glaucoma, Retinopatie diabetica e Maculopatia dell'età senile) | Organizzazione di due giornate per ogni U.O. territoriale | |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 a cui partecipino tutte le UU.OO. Oculistiche | Nella Relazione finale indicare data, sede, argomento e partecipanti. Obiettivo condiviso tra UU.OO. di Oculistica |
| 2 # | 1 | Sanità digitale | B | Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata | > 1500 | |
| | 2 | | | | | |
| 3 | 3 | Clinical governance | M | Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazioni Ministeriali n.7, 12, 17, 18 | 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. |
| 4 # | 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Farmaci / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 5 # | 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Presidi chir. e materiale sanitario / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 6 # | 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Materiale protesico / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 7 # | 3 | Sanità digitale | B | Percentuale di Cartelle Cliniche Elettroniche chiuse | ≥ 90% | |
| | 4 | | | | | |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 inappropriatelyzza e ricoveri con DRG non a rischio inappropriatelyzza 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 | ≥ 40% 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 Raccomandazioni Ministeriali n.7, 12, 17, 18 | 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 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Farmaci / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 9 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Presidi chir. e materiale sanitario / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 10# 3 | Sanità digitale | B | Percentuale di Cartelle Cliniche Elettroniche chiuse | ≥ 90% | |
| 11 3 | Miglioramento dell'offerta sanitaria | M | Percentuale di ricoveri di pazienti extra ASL | 2024=2023+5% | |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 a cui partecipino tutte le UU.OO. Oculistiche | Nella Relazione finale indicare data, sede, argomento e partecipanti. Obiettivo condiviso tra UU.OO. di Oculistica |
| 2 # | 1 | Sanità digitale | B | Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata | > 1500 | |
| | 2 | | | | | |
| 3 | 3 | Clinical governance | M | Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazioni Ministeriali n.7, 12, 17, 18 | 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. |
| 4 # | 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Farmaci / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 5 # | 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Presidi chir. e materiale sanitario / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 6 # | 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Materiale protesico / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 7 # | 3 | Sanità digitale | B | Percentuale di Cartelle Cliniche Elettroniche chiuse | 100% | |
| | 4 | | | | | |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

DIPARTIMENTO Dipartimento Neurosensoriale
 UNITA' OPERATIVA **UOC Neurologia Osp. della Murgia**

| 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 | ≥ 40% dei pazienti dimessi | |
| 3 # 1 2 | Sanità digitale | B | Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata | > 1500 | |
| 4 # 3 | Clinical governance | M | Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazioni Ministeriali n.7, 12, 17, 18 | 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 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Farmaci / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 6 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Presidi chir. e materiale sanitario / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 7 # 3 4 | Sanità digitale | B | Percentuale di Cartelle Cliniche Elettroniche chiuse | 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 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 inapproprietezza e ricoveri con DRG non a rischio inapproprietezza 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 | ≥ 40% 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 Raccomandazioni Ministeriali n.7, 12, 17, 18 | 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 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Farmaci / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 9 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Presidi chir. e materiale sanitario / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 10# 3 | Sanità digitale | B | Percentuale di Cartelle Cliniche Elettroniche chiuse | 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 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

DIPARTIMENTO Dipartimento Neurosensoriale

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

| 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 | ≥ 40% dei pazienti dimessi | |
| 3 # 1 2 | Sanità digitale | B | Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata | > 1500 | |
| 4 3 | Clinical governance | M | Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazioni Ministeriali n.7, 12, 17, 18 | 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 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Farmaci / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 6 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Presidi chir. e materiale sanitario / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 7 # 3 4 | Sanità digitale | B | Percentuale di Cartelle Cliniche Elettroniche chiuse | ≥ 90% | |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 | 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 # 1 | Sanità digitale | M | % di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia | ≥ 40% 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 Raccomandazioni Ministeriali n.7, 12, 17, 18 | 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 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Farmaci / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 9 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Presidi chir. e materiale sanitario / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 10# 3 | Sanità digitale | B | Percentuale di Cartelle Cliniche Elettroniche chiuse | ≥ 90% | |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 a cui partecipino tutte le UU.OO. Oculistiche | Nella Relazione finale indicare data, sede, argomento e partecipanti. Obiettivo condiviso tra UU.OO. di Oculistica |
| 2 # | 1 | Sanità digitale | B | Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata | > 1500 | |
| 3 | 3 | Clinical governance | M | Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazioni Ministeriali n.7, 12, 17, 18 | 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. |
| 4 # | 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Farmaci / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 5 # | 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Presidi chir. e materiale sanitario / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 6 # | 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Materiale protesico / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

DIPARTIMENTO Dipartimento Neurosensoriale

UNITA' OPERATIVA UOSVD PPA Triggiano-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 a cui partecipino tutte le UU.OO. Oculistiche | Nella Relazione finale indicare data, sede, argomento e partecipanti. Obiettivo condiviso tra UU.OO. di Oculistica |
| 2 | # 1 2 | Sanità digitale | B | Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata | > 1500 | |
| 3 | # 1 3 | Efficienza organizzativa | A | Fatturato prestazioni ambulatoriali esterne | Fatturato prestazioni ambulatoriali esterne 2024 = 2023+10% | |
| 4 | # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Farmaci / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 5 | # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Presidi chir. e materiale sanitario / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 6 | # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Materiale protesico / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 7 | 3 2 | Miglioramento della qualità assistenziale | A | Organizzazione di giornate di screening per la prevenzione delle patologie di interesse oculistico (Glaucoma, Retinopatie diabetica e Maculopatia dell'età senile) | Organizzazione di due giornate per ogni U.O. territoriale | |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 a cui partecipino tutte le UU.OO. Oculistiche | Nella Relazione finale indicare data, sede, argomento e partecipanti. Obiettivo condiviso tra UU.OO. di Oculistica |
| 2 | # 1 2 | Sanità digitale | B | Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata | > 1500 | |
| 3 | # 1 3 | Efficienza organizzativa | A | Fatturato prestazioni ambulatoriali esterne | Fatturato prestazioni ambulatoriali esterne 2024 = 2023+10% | |
| 4 | # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Farmaci / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 5 | # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Presidi chir. e materiale sanitario / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 6 | # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Materiale protesico / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 7 | 3 2 | Miglioramento della qualità assistenziale | A | Organizzazione di giornate di screening per la prevenzione delle patologie di interesse oculistico (Glaucoma, Retinopatie diabetica e Maculopatia dell'età senile) | Organizzazione di due giornate per ogni U.O. territoriale | |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 | Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazioni Ministeriali n.7, 12, 17, 18 | 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 | Formazione | B | Realizzazione percorso formativo per personale medico, psicologico e comparto per la presi in carico di pazienti 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 |
| 7 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Farmaci / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 8 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Presidi chir. e materiale sanitario / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 9 # 3 4 | Sanità digitale | B | Percentuale di Cartelle Cliniche Elettroniche chiuse | ≥ 90% | |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 | Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazioni Ministeriali n.7, 12, 17, 18 | 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 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Farmaci / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 7 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Presidi chir. e materiale sanitario / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 8 # 3 4 | Sanità digitale | B | Percentuale di Cartelle Cliniche Elettroniche chiuse | ≥ 90% | |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 2024 > 2023 | |
| 3 3 | Efficienza organizzativa | M | Percorso urgenze: N. pazienti con valutazione neurologica entro 48 ore | Almeno 7 pazienti | |
| 4 3 | Efficienza organizzativa | B | Numero pazienti contattati in televisita | Almeno 20 pazienti | |
| 5 3 | Formazione | M | Implementazione di processo formativo teorico-pratico per i tecnici di Elettrofisiologia e Neurologi dell'adulto in ambito ospedaliero per l'esecuzione e valutazione di EEG in età pediatrica | Completamento del progetto entro il 31/12/2024 | Nella Relazione finale indicare il personale formato. Obiettivo condiviso tra Centro Territoriale Malattie Rare e UO Epilessia ed EEG Età Evolutiva |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 | Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazioni Ministeriali n.7, 12, 17, 18 | 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 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Farmaci / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 7 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Presidi chir. e materiale sanitario / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 8 # 3 4 | Sanità digitale | B | Percentuale di Cartelle Cliniche Elettroniche chiuse | 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 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 | Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazioni Ministeriali n.7, 12, 17, 18 | 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 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Farmaci / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 7 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Presidi chir. e materiale sanitario / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 8 # 3 4 | Sanità digitale | B | Percentuale di Cartelle Cliniche Elettroniche chiuse | ≥ 90% | |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 inappropriatelyzza e ricoveri con DRG non a rischio inappropriatelyzza in regime ordinario | ≤ 0,21 | 0,21 = intervallo di adeguatezza Comitato LEA |
| 4 # 4 | Clinical governance | M | % Dimissioni volontarie | < 3% | |
| 5 # 3 | Miglioramento della qualità assistenziale | A | Percentuale di parti vaginali con Partoanalgesia | Almeno 40% | 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 | Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazioni Ministeriali n.7, 12, 17, 18 | 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 | Clinical governance | A | Screening Carcinoma della cervice uterina: potenziamento dell'attività di II livello | N. Colposcopie 2024 > 2023 | Certificato dall'U.O. Screening Service Uterina |
| 9 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Farmaci / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 10 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Presidi chir. e materiale sanitario / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 11 # 3 4 | Sanità digitale | B | Percentuale di Cartelle Cliniche Elettroniche chiuse | ≥ 90% | |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 inappropriatelyzza e ricoveri con DRG non a rischio inappropriatelyzza in regime ordinario | ≤ 0,21 | 0,21 = intervallo di adeguatezza Comitato LEA |
| 4 # 4 | Clinical governance | M | % Dimissioni volontarie | < 3% | |
| 5 # 3 | Miglioramento della qualità assistenziale | A | Percentuale di parti vaginali con Partoanalgesia | Almeno 30% | 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 | Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazioni Ministeriali n.7, 12, 17, 18 | 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 | Clinical governance | A | Screening Carcinoma della cervice uterina: potenziamento dell'attività di II livello | N. Colposcopie 2024 > 2023 | Certificato dall'U.O. Screening Service Uterina |
| 9 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Farmaci / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 10 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Presidi chir. e materiale sanitario / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 11 # 3 4 | Sanità digitale | B | Percentuale di Cartelle Cliniche Elettroniche chiuse | ≥ 90% | |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 | 3 | Appropriatezza setting assistenziale | A | Analisi NGS (Esoma clinico) in epoca prenatale in urgenza (referto entro 10 giorni lavorativi) | Esecuzione di almeno 25 casi con evidenza del tempo medio e del tempo massimo di refertazione del caso | Obiettivo Condiviso tra UOC di Medicina Fetale e UOC di Genetica Medica |
| 2 | 3 | Efficienza organizzativa | M | N. prestazioni di visita genetica | 2024 = 2023 + 15% | Certificato con monitoraggi intermedi (Codice 97.1) |
| 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 | Analisi con Metodologia NGS dei casi di Cardiomiopatia /Aritmia cardiaca in collegamento con il Dipartimento Cardiovascolare della ASL BARI | Analisi di almeno 150 casi di cardiomiopatia/aritmia con DR di varianti > 15% | La esecuzione in NGS è oggi indispensabile sia per l'inquadramento diagnostico che per la scelta terapeutica delle Cardiomiopatie ed elle Aritmie |
| 5 | 4 3 | Appropriatezza setting assistenziale | M | Progetto Esoma - Studio NGS di casi clinici con sospetto per causa genetica | Esecuzione di almeno 600 casi con evidenza di mutazioni in almeno il 15% 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 DIEF Regione Puglia) |
| 7 | 4 | Appropriatezza setting assistenziale | M | Percentuale aberrazioni genomiche diagnosticate alla diagnosi invasiva mediante prelievo di villi coriali (villocentesi) | %>25% delle procedure invasive | Obiettivo Condiviso tra UOC di Medicina Fetale e UOC di Genetica Medica |
| 8 | 3 | Efficienza operativa | M | Reclutamento delle gestanti con rischio intermedio al test combinato per l'esecuzione del test del DNA fetale. | Reclutamento del 100% dei casi | Obiettivo Condiviso tra UOC di Medicina Fetale e UOC di Genetica Medica |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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) | %>25% delle procedure invasive | Obiettivo Condiviso tra UOC di Medicina Fetale e UOC di Genetica Medica |
| 2 | 3 | Appropriatezza setting assistenziale | A | Analisi NGS (Esoma clinico) in epoca prenatale in urgenza (referto entro 10 giorni lavorativi) | Esecuzione di almeno 25 casi con evidenza del tempo medio e del tempo massimo di refertazione del caso | Obiettivo Condiviso tra UOC di Medicina Fetale e UOC di Genetica Medica |
| 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 | 4 | Appropriatezza setting assistenziale | M | N° di gravidanze gemellari monocoriali gestite per valutazione ed eventuale trattamento in caso di complicanze tipiche della condizione | > 40 gravidanze gemellari monocoriali gestite | |
| 6 | 3 | Efficienza operativa | M | Reclutamento delle gestanti con rischio intermedio al test combinato per l'esecuzione del test del DNA fetale. | Reclutamento del 100% dei casi | Obiettivo Condiviso tra UOC di Medicina Fetale e UOC di Genetica Medica |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 inappropriatazza e ricoveri con DRG non a rischio inappropriatazza in regime ordinario | ≤ 0,21 | 0,21 = intervallo di adeguatezza Comitato LEA |
| 4 # 4 | Clinical governance | M | % Dimissioni volontarie | < 3% | |
| 5 # 3 | Miglioramento della qualità assistenziale | A | Percentuale di parti vaginali con Partoanalgesia | Almeno 50% | 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 | Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazioni Ministeriali n.7, 12, 17, 18 | 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 | Clinical governance | A | Screening Carcinoma della cervice uterina: potenziamento dell'attività di II livello | N. Colposcopie 2024 > 2023 | Certificato dall'U.O. Screening Service Uterina |
| 9 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Farmaci / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 10 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Presidi chir. e materiale sanitario / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 11 # 3 4 | Sanità digitale | B | Percentuale di Cartelle Cliniche Elettroniche chiuse | ≥ 90% | |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 | M | Implementazione di un procedura interna di gestione medico-infermieristica della colonizzazione batterica da patogeni potenziali in TIN. | Invio del protocollo alla Direzione Medica di Presidio | Allegare alla Relazione finale la documentazione relativa all'invio alla Direzione Medica di Presidio |
| 2 | 3 | Clinical governance | M | Implementazione di un Bundle per Impianto e gestione dell'accesso venoso centrale e periferico nel neonato | Invio del protocollo alla Direzione Medica di Presidio | |
| 3 | 3 | Clinical governance | M | Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazioni Ministeriali n.7, 12, 17, 18 | 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. |
| 4 | 3 | Formazione | M | Organizzazione corsi di rianimazione neonatale interaziendale con monitor di ventilazione polmonare (Monivent) per personale medico e infermieristico dei centri nascita della ASL Bari | Almeno 4 corsi | Con la collaborazione dei punti nascita della ASL BA. Nella relazione finale allegare data, sede e partecipanti |
| 5 | 3 | Clinical governance | M | Valutazione della corretta applicazione della procedura interna di Sanificazione delle Incubatrici in TIN mediante esecuzione di esami colturali delle superfici | Riscontro di Negatività dei tamponi colturali delle superfici dell'incubatrice > 95% sul totale dei test effettuati | |
| 6 # | 3 4 | Sanità digitale | B | Percentuale di Cartelle Cliniche Elettroniche chiuse | ≥ 90% | |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 inappropriatelyzza e ricoveri con DRG non a rischio inappropriatelyzza in regime ordinario | ≤ 0,21 | 0,21 = intervallo di adeguatezza Comitato LEA |
| 4 # 4 | Clinical governance | M | % Dimissioni volontarie | < 3% | |
| 5 # 3 | Miglioramento della qualità assistenziale | A | Percentuale di parti vaginali con Partoanalgesia | Almeno 30% | 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 | Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazioni Ministeriali n.7, 12, 17, 18 | 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 | Clinical governance | A | Screening Carcinoma della cervice uterina: potenziamento dell'attività di II livello | N. Colposcopie 2024 > 2023 | Certificato dall'U.O. Screening Service Uterina |
| 9 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Farmaci / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 10 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Presidi chir. e materiale sanitario / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 11 # 3 4 | Sanità digitale | B | Percentuale di Cartelle Cliniche Elettroniche chiuse | 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 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 inappropriatelyzza e ricoveri con DRG non a rischio inappropriatelyzza in regime ordinario | ≤ 0,21 | 0,21 = intervallo di adeguatezza Comitato LEA |
| 4 # 4 | Clinical governance | M | % Dimissioni volontarie | < 3% | |
| 5 # 3 | Miglioramento della qualità assistenziale | A | Percentuale di parti vaginali con Partoanalgesia | Almeno 40% | 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 | Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazioni Ministeriali n.7, 12, 17, 18 | 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 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Farmaci / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 9 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Presidi chir. e materiale sanitario / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 10# 3 4 | Sanità digitale | B | Percentuale di Cartelle Cliniche Elettroniche chiuse | ≥ 90% | |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 2021-2022-2023-2024 | 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 2024 > 2023 | |
| 5 | 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 |
| 6 | 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 |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 RelazioneFinale |
| 2 | 3 | Clinical governance | M | Numero inserimento IUD post IVG | Inserimento di IUD post IVG in >8 pazienti al mese | Allegare numero di IUD inseriti postIVG alla Relazione Finale |
| 3 | 3 | Clinical governance | M | Numero di pazienti arruolate per interruzione di gravidanza oltre il 90° giorno di amenorrea | Almeno 3 pazienti da sottoporre ad interruzione volontaria di gravidanza oltre il 90° giorno di amenorrea, da inviare a ricovero presso la UOC di Ostetricia e Ginecologia | |
| 4 | 3 | Clinical governance | M | Numero di prescrizioni di terapia a domicilio mediante piattaforma EDOTTO | Prescrizione della terapia alla dimissione al 90% delle pazienti mediante piattaforma EDOTTO dopo day service/ day hospital | |
| 5 | 3 | Clinical governance | M | Numero di pazienti con diagnosi di aborto ritenuto arruolate per procedura farmacologica in day hospital | Arruolamento di almeno due pazienti al mese da avviare a procedura farmacologica di espulsione di aborto ritenuto nel primo trimestre | Codice ICD9CM 63492 in regime di day hospital |
| 6 | 3 | Clinical governance | M | Numero di prescrizioni di terapia mediante legge 648/96 in proporzione ai day service/day hospital | Prescrizione della terapia farmacologica mediante legge 648/96 al 90% delle pazienti che accedono per day service-day hospital | |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 inviate ai consultori post IVG | Invio di almeno 20 pazienti al mese ai consultori familiari per la contraccezione orale gratuita post IVG | Allegare numero di pazienti inviate per contraccezione post IVG e indicare i CF alla Relazione Finale |
| 3 | 3 | Clinical governance | M | Prevenzione delle recidive di IVG con contraccezione orale o meccanica predisposta all'atto della dimissione | Prescrizione C.O. e/o LARC ad almeno 20 pazienti al mese | Allegare N di IUD inseriti e/o Contraccezione Ormonale avviata alla Relazione Finale |
| 4 | 3 | Clinical governance | A | Ambulatorio generale: N. pazienti/mese | Almeno 100 pazienti al mese | Allegare N di Prestazioni alla Relazione Finale |
| 5 | 3 | Clinical governance | M | Adeguamento alle Linee Guida Ministeriali per IVG Ambulatoriale | Almeno N 3 pazienti al mese con auto somministrazione farmacologica | Allegare Numero di pazienti con Procedura Ambulatoriale 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 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 della Sezione "Anticorruzione e Trasparenza del PIAO" | M | Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione | Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dalla Sezione "Anticorruzione e Trasparenza" del PIAO e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura | Certificato da RPCT |
| 3 | 3 | Attuazione della Sezione "Anticorruzione e Trasparenza del PIAO" | M | Rispetto della Normativa in materia di Trasparenza | Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui alla Sezione "Anticorruzione e Trasparenza" del PIAO | 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 4 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 |
| 8 | 3 | Clinical governance | A | Elaborazione/revisione procedura aziendale pre-ospedaliera del paziente con ictus | Invio del Protocollo elaborato secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità | Obiettivo condiviso tra U.O. Neurologia Di Venere e UU.OO. del Dipartimento di Emergenza-Urgenza. 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 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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. | < 5% | |
| 2 # 3 4 | Clinical governance | A | % Ricoveri da P.S. in Reparti chirurgici con DRG Chirurgico alla dimissione | > 65% | Escluso i ricoveri nelle UU.OO. di Ginecologia ed Ostetricia |
| 3 # 3 4 | Clinical governance | A | % ricoveri in regime di urgenza nelle UU.OO. di Area Medica attribuiti a DRG ad alto rischio di inapproprietezza | <6.5% | |
| 4 # 4 | Clinical governance | M | % Accessi seguiti da ricovero o trasferiti | <11% | Fonte EDOTTO - Il calcolo è al netto degli accessi tramite Sistema 118 |
| 5 # 4 | Clinical governance | A | % codici Arancioni presi in carico entro 15 minuti | > 40% | Fonte EDOTTO |
| 6 3 | Clinical governance | A | Elaborazione/revisione procedura aziendale pre-ospedaliera del paziente con ictus | Invio del Protocollo elaborato secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità | Obiettivo condiviso tra U.O. Neurologia Di Venere e UU.OO. del Dipartimento di Emergenza-Urgenza. Allegare documentazione di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale |
| 7 3 | Formazione | B | Accoglienza soggetti DCA in PS ASL BA Realizzazione evento formativo sui DCA per Percorso Lilla in Pronto Soccorso a cura di UOSVD DCA e DEA | N tre edizioni evento formativo per medici, infermieri, OSS di tutti i PP.SS della ASL BA con partecipazione =>70% personale del DEA | Obiettivo previsto da in DGR 1853/2022. Condiviso tra PP.SS: e UOSVD DCA. Nella relazione di fine anno descrivere data, sede, n. partecipanti allegando firme presenze |
| 8 3 | Efficienza organizzativa | A | Procedure per l'accesso delle indagini radiologiche in urgenza condivisa con il dipartimento di Emergenza-Urgenza | 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 Medicina di Accettazione e di Urgenza |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 | <5% | |
| 4 # 4 | Clinical governance | M | % Accessi seguiti da ricovero o trasferiti | <9% | Fonte EDOTTO - Il calcolo è al netto degli accessi tramite Sistema 118 |
| 5 # 4 | Clinical governance | A | % codici Arancioni presi in carico entro 15 minuti | > 50% | Fonte EDOTTO |
| 6 3 | Clinical governance | A | Elaborazione/revisione procedura aziendale pre-ospedaliera del paziente con ictus | Invio del Protocollo elaborato secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità | Obiettivo condiviso tra U.O. Neurologia Di Venere e UU.OO. del Dipartimento di Emergenza-Urgenza. Allegare documentazione di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale |
| 7 3 | Formazione | B | Accoglienza soggetti DCA in PS ASL BA Realizzazione evento formativo sui DCA per Percorso Lilla in Pronto Soccorso a cura di UOSVD DCA e DEA | N tre edizioni evento formativo per medici, infermieri, OSS di tutti i PP.SS della ASL BA con partecipazione =>70% personale del DEA | Obiettivo previsto da in DGR 1853/2022. Condiviso tra PP.SS: e UOSVD DCA. Nella relazione di fine anno descrivere data, sede, n. partecipanti allegando firme presenze |
| 8 3 | Efficienza organizzativa | A | Procedure per l'accesso delle indagini radiologiche in urgenza condivisa con il dipartimento di Emergenza-Urgenza | 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 Medicina di Accettazione e di Urgenza |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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. | < 3.5% | |
| 2 # 3 4 | Clinical governance | A | % Ricoveri da P.S. in Reparti chirurgici con DRG Chirurgico alla dimissione | > 65% | Escluso i ricoveri nelle UU.OO. di Ginecologia ed Ostetricia |
| 3 # 3 4 | Clinical governance | A | % ricoveri in regime di urgenza nelle UU.OO. di Area Medica attribuiti a DRG ad alto rischio di inapproprietezza | <5% | |
| 4 # 4 | Clinical governance | M | % Accessi seguiti da ricovero o trasferiti | <9% | Fonte EDOTTO - Il calcolo è al netto degli accessi tramite Sistema 118 |
| 5 # 4 | Clinical governance | A | % codici Arancioni presi in carico entro 15 minuti | > 50% | Fonte EDOTTO |
| 6 3 | Clinical governance | A | Elaborazione/revisione procedura aziendale pre-ospedaliera del paziente con ictus | Invio del Protocollo elaborato secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità | Obiettivo condiviso tra U.O. Neurologia Di Venere e UU.OO. del Dipartimento di Emergenza-Urgenza. Allegare documentazione di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale |
| 7 3 | Formazione | B | Accoglienza soggetti DCA in PS ASL BA Realizzazione evento formativo sui DCA per Percorso Lilla in Pronto Soccorso a cura di UOSVD DCA e DEA | N tre edizioni evento formativo per medici, infermieri, OSS di tutti i PP.SS della ASL BA con partecipazione =>70% personale del DEA | Obiettivo previsto da in DGR 1853/2022. Condiviso tra PP.SS: e UOSVD DCA. Nella relazione di fine anno descrivere data, sede, n. partecipanti allegando firme presenze |
| 8 3 | Efficienza organizzativa | A | Procedure per l'accesso delle indagini radiologiche in urgenza condivisa con il dipartimento di Emergenza-Urgenza | 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 Medicina di Accettazione e di Urgenza |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 inapproprietezza | <5% | |
| 4 # 4 | Clinical governance | M | % Accessi seguiti da ricovero o trasferiti | <11% | Fonte EDOTTO - Il calcolo è al netto degli accessi tramite Sistema 118 |
| 5 # 4 | Clinical governance | A | % codici Arancioni presi in carico entro 15 minuti | > 40% | Fonte EDOTTO |
| 6 3 | Clinical governance | A | Elaborazione/revisione procedura aziendale pre-ospedaliera del paziente con ictus | Invio del Protocollo elaborato secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità | Obiettivo condiviso tra U.O. Neurologia Di Venere e UU.OO. del Dipartimento di Emergenza-Urgenza. Allegare documentazione di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale |
| 7 3 | Formazione | B | Accoglienza soggetti DCA in PS ASL BA Realizzazione evento formativo sui DCA per Percorso Lilla in Pronto Soccorso a cura di UOSVD DCA e DEA | N tre edizioni evento formativo per medici, infermieri, OSS di tutti i PP.SS della ASL BA con partecipazione =>70% personale del DEA | Obiettivo previsto da in DGR 1853/2022. Condiviso tra PP.SS: e UOSVD DCA. Nella relazione di fine anno descrivere data, sede, n. partecipanti allegando firme presenze |
| 8 3 | Efficienza organizzativa | A | Procedure per l'accesso delle indagini radiologiche in urgenza condivisa con il dipartimento di Emergenza-Urgenza | 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 Medicina di Accettazione e di Urgenza |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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% | |
| 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 | <6.5% | |
| 4 # 4 | Clinical governance | M | % Accessi seguiti da ricovero o trasferiti | <11% | Fonte EDOTTO - Il calcolo è al netto degli accessi tramite Sistema 118 |
| 5 # 4 | Clinical governance | A | % codici Arancioni presi in carico entro 15 minuti | > 45% | Fonte EDOTTO |
| 6 3 | Clinical governance | A | Elaborazione/revisione procedura aziendale pre-ospedaliera del paziente con ictus | Invio del Protocollo elaborato secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità | Obiettivo condiviso tra U.O. Neurologia Di Venere e UU.OO. del Dipartimento di Emergenza-Urgenza. Allegare documentazione di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale |
| 7 3 | Formazione | B | Accoglienza soggetti DCA in PS ASL BA Realizzazione evento formativo sui DCA per Percorso Lilla in Pronto Soccorso a cura di UOSVD DCA e DEA | N tre edizioni evento formativo per medici, infermieri, OSS di tutti i PP.SS della ASL BA con partecipazione =>70% personale del DEA | Obiettivo previsto da in DGR 1853/2022. Condiviso tra PP.SS: e UOSVD DCA. Nella relazione di fine anno descrivere data, sede, n. partecipanti allegando firme presenze |
| 8 3 | Efficienza organizzativa | A | Procedure per l'accesso delle indagini radiologiche in urgenza condivisa con il dipartimento di Emergenza-Urgenza | 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 Medicina di Accettazione e di Urgenza |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 | <6.5% | |
| 4 # 4 | Clinical governance | M | % Accessi seguiti da ricovero o trasferiti | <11% | Fonte EDOTTO - Il calcolo è al netto degli accessi tramite Sistema 118 |
| 5 # 4 | Clinical governance | A | % codici Arancioni presi in carico entro 15 minuti | > 45% | Fonte EDOTTO |
| 6 3 | Clinical governance | A | Elaborazione/revisione procedura aziendale pre-ospedaliera del paziente con ictus | Invio del Protocollo elaborato secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità | Obiettivo condiviso tra U.O. Neurologia Di Venere e UU.OO. del Dipartimento di Emergenza-Urgenza. Allegare documentazione di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale |
| 7 3 | Formazione | B | Accoglienza soggetti DCA in PS ASL BA Realizzazione evento formativo sui DCA per Percorso Lilla in Pronto Soccorso a cura di UOSVD DCA e DEA | N tre edizioni evento formativo per medici, infermieri, OSS di tutti i PP.SS della ASL BA con partecipazione =>70% personale del DEA | Obiettivo previsto da in DGR 1853/2022. Condiviso tra PP.SS: e UOSVD DCA. Nella relazione di fine anno descrivere data, sede, n. partecipanti allegando firme presenze |
| 8 3 | Efficienza organizzativa | A | Procedure per l'accesso delle indagini radiologiche in urgenza condivisa con il dipartimento di Emergenza-Urgenza | 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 Medicina di Accettazione e di Urgenza |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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. | < 3.5% | |
| 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 | <5% | |
| 4 # 4 | Clinical governance | M | % Accessi seguiti da ricovero o trasferiti | <9% | Fonte EDOTTO - Il calcolo è al netto degli accessi tramite Sistema 118 |
| 5 # 4 | Clinical governance | A | % codici Arancioni presi in carico entro 15 minuti | > 50% | Fonte EDOTTO |
| 6 3 | Clinical governance | A | Elaborazione/revisione procedura aziendale pre-ospedaliera del paziente con ictus | Invio del Protocollo elaborato secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità | Obiettivo condiviso tra U.O. Neurologia Di Venere e UU.OO. del Dipartimento di Emergenza-Urgenza. Allegare documentazione di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale |
| 7 3 | Formazione | B | Accoglienza soggetti DCA in PS ASL BA Realizzazione evento formativo sui DCA per Percorso Lilla in Pronto Soccorso a cura di UOSVD DCA e DEA | N tre edizioni evento formativo per medici, infermieri, OSS di tutti i PP.SS della ASL BA con partecipazione =>70% personale del DEA | Obiettivo previsto da in DGR 1853/2022. Condiviso tra PP.SS: e UOSVD DCA. Nella relazione di fine anno descrivere data, sede, n. partecipanti allegando firme presenze |
| 8 3 | Efficienza organizzativa | A | Procedure per l'accesso delle indagini radiologiche in urgenza condivisa con il dipartimento di Emergenza-Urgenza | 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 Medicina di Accettazione e di Urgenza |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

DIPARTIMENTO Dipartimento di Anestesia e Rianimazione

UNITA' OPERATIVA UOSVD Medicina Iperbarica Osp. San Paolo

| N. | Prosp. BSC * | Descrizione | Peso ** | Indicatore | Target | Note |
|-----|--------------|---|---------|--|--|--|
| 1 | 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 |
| 2 | 3 | Miglioramento della qualità assistenziale | A | Revisione del modulo di consenso informato | Invio della documentazione all'U.O. Gestione del Rischio Clinico | Allegare alla Relazione la documentazione relativa all'invio |
| 3 # | 1 2 | Sanità digitale | B | Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata | > 200 | |
| 4 # | 3 | Efficienza organizzativa | A | Numero prestazioni ambulatoriali esterne | Importo prestazioni ambulatoriali esterne 2024 = 2023 + 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 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 | 2024 ≥ 2023 | Dati forniti dalla Commissione Trapianti ASL BA |
| 3 3 | Clinical governance | M | Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazioni Ministeriali n.7, 12, 17, 18 | 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. |
| 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 40% | Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Ginecologia e Ostetricia e le UU.OO. di Anestesia e Rianimazione |
| 6 # 3 4 | Sanità digitale | B | Percentuale di Cartelle Cliniche Elettroniche chiuse | ≥ 90% | |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 # 1 3 | Efficienza organizzativa | A | Numero prestazioni ambulatoriali esterne Ambulatorio Terapia del Dolore | Numero prestazioni ambulatoriali esterne 2024>2023 | Visita antalgica (prima visita e controllo); Iniezione di anestetici o farmaci nel canale vertebrale, articolazioni o legamenti o perinevrosa |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 30% | Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Ginecologia e Ostetricia e le UU.OO. di Anestesia e Rianimazione |
| 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 # 1 3 | Efficienza organizzativa | A | Numero prestazioni ambulatoriali esterne Ambulatorio Terapia del Dolore | Numero prestazioni ambulatoriali esterne 2024>2023 | Visita antalgica (prima visita e controllo); Iniezione di anestetici o farmaci nel canale vertebrale, articolazioni o legamenti o pervenosa |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 | 2024 ≥ 2023 | Dati forniti dalla Commissione Trapianti ASL BA |
| 3 3 | Clinical governance | M | Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazioni Ministeriali n.7, 12, 17, 18 | 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. |
| 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 50% | Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Ginecologia e Ostetricia e le UU.OO. di Anestesia e Rianimazione |
| 6 # 3 4 | Sanità digitale | B | Percentuale di Cartelle Cliniche Elettroniche chiuse | ≥ 90% | |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 | 2024 ≥ 2023 | Dati forniti dalla Commissione Trapianti ASL BA |
| 3 3 | Clinical governance | M | Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazioni Ministeriali n.7, 12, 17, 18 | 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. |
| 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 30% | Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Ginecologia e Ostetricia e le UU.OO. di Anestesia e Rianimazione |
| 6 # 3 4 | Sanità digitale | B | Percentuale di Cartelle Cliniche Elettroniche chiuse | 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 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 | 2024 ≥ 2023 | Dati forniti dalla Commissione Trapianti ASL BA |
| 3 3 | Clinical governance | M | Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazioni Ministeriali n.7, 12, 17, 18 | 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. |
| 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 40% | Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Ginecologia e Ostetricia e le UU.OO. di Anestesia e Rianimazione |
| 6 # 3 4 | Sanità digitale | B | Percentuale di Cartelle Cliniche Elettroniche chiuse | ≥ 90% | |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

DIPARTIMENTO Dipartimento di Anestesia e Rianimazione
 UNITA' OPERATIVA UOSVD Anestesia e Rianimazione Osp. Putignano

| N. | Prosp. BSC * | Descrizione | Peso ** | Indicatore | Target | Note |
|-----|--------------|------------------------------|---------|--|---|--|
| 1 | 4 | Donazione Organi e/o Tessuti | B | N. donazioni/N. accertamenti morte cerebrale | 2024 ≥ 2023 | Dati forniti dalla Commissione Trapianti ASL BA |
| | 2 | | | | | |
| 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 | Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazioni Ministeriali n.7, 12, 17, 18 | 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. |
| 4 # | 3 | Sanità digitale | B | Percentuale di Cartelle Cliniche Elettroniche chiuse | ≥ 90% | |
| | 4 | | | | | |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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

| N. | Prosp. BSC * | Descrizione | Peso ** | Indicatore | Target | Note |
|-----|--------------|---|---------|---|---|---|
| 1 | 3 | Efficienza organizzativa | A | Procedure per l'accesso delle indagini radiologiche in urgenza condivisa con il dipartimento di Emergenza-Urgenza | 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 Medicina di Accettazione e di Urgenza |
| 2 | 3 | Clinical governance | B | Standardizzazione della modulistica del Consenso informato tra le Radiodiagnostiche ospedaliere e territoriali | 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 |
| 3 | 3 | Clinical governance | A | Gestione dei pazienti a rischio di reazione avversa a mezzo di contrasto | Invio con mail del Protocollo elaborato la DDG 497/2018. Gestione del Rischio Clinico e Qualità | Obiettivo in comune tra le UUOO di Radiodiagnostica del Dipartimento |
| 4 # | 1 3 | Efficienza organizzativa | A | Fatturato prestazioni ambulatoriali esterne | Fatturato prestazioni ambulatoriali esterne 2024=2023 | |
| 5 | 3 | Efficienza organizzativa | A | 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 esamiematochimici e/o di eventuali preparazione antiallergica. |
| 6 | 3 | Formazione | B | Realizzazione di evento formativo dipartimentale in Senologia Clinica | Un evento formativo | Obiettivo in comune tra le UUOO del Dipartimento . Nella Relazione finale indicare data e luogo dell'evento e numero partecipanti |
| 7 # | 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Materiale per radiologia / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

DIPARTIMENTO Dipartimento della Radiodiagnostica
 UNITA' OPERATIVA **UOC Radiodiagnostica Osp. Di Venere**

| N. | Prosp. BSC * | Descrizione | Peso ** | Indicatore | Target | Note |
|-----|--------------|---|---------|---|---|---|
| 1 | 3 | Efficienza organizzativa | A | Procedure per l'accesso delle indagini radiologiche in urgenza condivisa con il dipartimento di Emergenza-Urgenza | 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 Medicina di Accettazione e di Urgenza |
| 2 | 3 | Clinical governance | B | Standardizzazione della modulistica del Consenso informato tra le Radiodiagnostiche ospedaliere e territoriali | 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 |
| 3 | 3 | Clinical governance | A | Gestione dei pazienti a rischio di reazione avversa a mezzo di contrasto | Invio con mail del Protocollo elaborato la DDG 497/2018. Gestione del Rischio Clinico e Qualità | Obiettivo in comune tra le UUOO di Radiodiagnostica del Dipartimento |
| 4 # | 1 3 | Efficienza organizzativa | A | Fatturato prestazioni ambulatoriali esterne | Fatturato prestazioni ambulatoriali esterne 2024=2023 | |
| 5 | 3 | Efficienza organizzativa | A | 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 esamiematochimici e/o di eventuali preparazione antiallergica. |
| 6 | 3 | Formazione | B | Realizzazione di evento formativo dipartimentale in Senologia Clinica | Un evento formativo | Obiettivo in comune tra le UUOO del Dipartimento . Nella Relazione finale indicare data e luogo dell'evento e numero partecipanti |
| 7 # | 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Materiale per radiologia / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

DIPARTIMENTO Dipartimento della Radiodiagnostica
 UNITA' OPERATIVA **UOC Medicina Nucleare Osp. Di Venere**

| N. Prosp. BSC * | Descrizione | Peso ** | Indicatore | Target | Note |
|-------------------|---|---------|---|--|---|
| 1 # 1 3 | Efficienza organizzativa | A | Fatturato prestazioni ambulatoriali esterne | Fatturato prestazioni ambulatoriali esterne 2024=2023 | |
| 2 3 | Clinical governance | M | Elaborazione di Protocollo/procedura operativa per la gestione dei pazienti interni cui sono stati somministrati radiofarmaci | Invio del Protocollo elaborato secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità | Allegare alla Relazione finale la documentazione di invio |
| 3 3 | Clinical governance | A | Elaborazione di Protocollo/procedura operativa per pazienti candidati a radioterapia metabolica delle patologie benigne della tiroide | Invio del Protocollo elaborato secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità | Allegare alla Relazione finale la documentazione di invio |
| 4 3 | Clinical governance | M | Elaborazione di Protocollo/procedura operativa per la esecuzione dei singoli esami ecomografici tramite l'ecografo in dotazione all'ambulatorio di ecotomografia della UOC di Medicina Nucleare | Invio del Protocollo elaborato secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità | Allegare alla Relazione finale la documentazione di invio |
| 5 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Farmaci / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

DIPARTIMENTO Dipartimento della Radiodiagnostica
 UNITA' OPERATIVA UOC Radiodiagnostica Osp. della Murgia

| N. | Prosp. BSC * | Descrizione | Peso ** | Indicatore | Target | Note |
|-----|--------------|---|---------|---|---|---|
| 1 | 3 | Efficienza organizzativa | A | Procedure per l'accesso delle indagini radiologiche in urgenza condivisa con il dipartimento di Emergenza-Urgenza | 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 Medicina di Accettazione e di Urgenza |
| 2 | 3 | Clinical governance | B | Standardizzazione della modulistica del Consenso informato tra le Radiodiagnostiche ospedaliere e territoriali | 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 |
| 3 | 3 | Clinical governance | A | Gestione dei pazienti a rischio di reazione avversa a mezzo di contrasto | Invio con mail del Protocollo elaborato la DDG 497/2018. Gestione del Rischio Clinico e Qualità | Obiettivo in comune tra le UUOO di Radiodiagnostica del Dipartimento |
| 4 # | 1 3 | Efficienza organizzativa | A | Fatturato prestazioni ambulatoriali esterne | Fatturato prestazioni ambulatoriali esterne 2024=2023 | |
| 5 | 3 | Efficienza organizzativa | A | 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 esamiematochimici e/o di eventuali preparazione antiallergica. |
| 6 | 3 | Formazione | B | Realizzazione di evento formativo dipartimentale in Senologia Clinica | Un evento formativo | Obiettivo in comune tra le UUOO del Dipartimento . Nella Relazione finale indicare data e luogo dell'evento e numero partecipanti |
| 7 # | 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Materiale per radiologia / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

DIPARTIMENTO Dipartimento della Radiodiagnostica
 UNITA' OPERATIVA **UOC Radiodiagnostica Osp. Monopoli**

| N. | Prosp. BSC * | Descrizione | Peso ** | Indicatore | Target | Note |
|-----|--------------|---|---------|---|---|---|
| 1 | 3 | Efficienza organizzativa | A | Procedure per l'accesso delle indagini radiologiche in urgenza condivisa con il dipartimento di Emergenza-Urgenza | 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 Medicina di Accettazione e di Urgenza |
| 2 | 3 | Clinical governance | B | Standardizzazione della modulistica del Consenso informato tra le Radiodiagnostiche ospedaliere e territoriali | 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 |
| 3 | 3 | Clinical governance | A | Gestione dei pazienti a rischio di reazione avversa a mezzo di contrasto | Invio con mail del Protocollo elaborato la DDG 497/2018. Gestione del Rischio Clinico e Qualità | Obiettivo in comune tra le UUOO di Radiodiagnostica del Dipartimento |
| 4 # | 1 3 | Efficienza organizzativa | A | Fatturato prestazioni ambulatoriali esterne | Fatturato prestazioni ambulatoriali esterne 2024=2023 | |
| 5 | 3 | Efficienza organizzativa | A | 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 esamiematochimici e/o di eventuali preparazione antiallergica. |
| 6 | 3 | Formazione | B | Realizzazione di evento formativo dipartimentale in Senologia Clinica | Un evento formativo | Obiettivo in comune tra le UUOO del Dipartimento . Nella Relazione finale indicare data e luogo dell'evento e numero partecipanti |
| 7 # | 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Materiale per radiologia / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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

| N. | Prosp. BSC * | Descrizione | Peso ** | Indicatore | Target | Note |
|-----|--------------|---|---------|---|---|---|
| 1 | 3 | Efficienza organizzativa | A | Procedure per l'accesso delle indagini radiologiche in urgenza condivisa con il dipartimento di Emergenza-Urgenza | 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 Medicina di Accettazione e di Urgenza |
| 2 | 3 | Clinical governance | B | Standardizzazione della modulistica del Consenso informato tra le Radiodiagnostiche ospedaliere e territoriali | 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 |
| 3 | 3 | Clinical governance | A | Gestione dei pazienti a rischio di reazione avversa a mezzo di contrasto | Invio con mail del Protocollo elaborato la DDG 497/2018. Gestione del Rischio Clinico e Qualità | Obiettivo in comune tra le UUOO di Radiodiagnostica del Dipartimento |
| 4 # | 1 3 | Efficienza organizzativa | A | Fatturato prestazioni ambulatoriali esterne | Fatturato prestazioni ambulatoriali esterne 2024=2023 | |
| 5 | 3 | Efficienza organizzativa | A | 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 esamiematochimici e/o di eventuali preparazione antiallergica. |
| 6 | 3 | Formazione | B | Realizzazione di evento formativo dipartimentale in Senologia Clinica | Un evento formativo | Obiettivo in comune tra le UUOO del Dipartimento . Nella Relazione finale indicare data e luogo dell'evento e numero partecipanti |
| 7 # | 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Materiale per radiologia / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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

| N. | Prosp. BSC * | Descrizione | Peso ** | Indicatore | Target | Note |
|-----|--------------|---|---------|---|---|---|
| 1 | 3 | Efficienza organizzativa | A | Procedure per l'accesso delle indagini radiologiche in urgenza condivisa con il dipartimento di Emergenza-Urgenza | 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 Medicina di Accettazione e di Urgenza |
| 2 | 3 | Clinical governance | B | Standardizzazione della modulistica del Consenso informato tra le Radiodiagnostiche ospedaliere e territoriali | 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 |
| 3 | 3 | Clinical governance | A | Gestione dei pazienti a rischio di reazione avversa a mezzo di contrasto | Invio con mail del Protocollo elaborato la DDG 497/2018. Gestione del Rischio Clinico e Qualità | Obiettivo in comune tra le UUOO di Radiodiagnostica del Dipartimento |
| 4 # | 1 3 | Efficienza organizzativa | A | Fatturato prestazioni ambulatoriali esterne | Fatturato prestazioni ambulatoriali esterne 2024=2023 | |
| 5 | 3 | Efficienza organizzativa | A | 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 esamiematochimici e/o di eventuali preparazione antiallergica. |
| 6 | 3 | Formazione | B | Realizzazione di evento formativo dipartimentale in Senologia Clinica | Un evento formativo | Obiettivo in comune tra le UUOO del Dipartimento . Nella Relazione finale indicare data e luogo dell'evento e numero partecipanti |
| 7 # | 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Materiale per radiologia / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

DIPARTIMENTO Dipartimento della Radiodiagnostica
 UNITA' OPERATIVA UOSVD Radiodiagnostica Osp. Corato

| N. | Prosp. BSC * | Descrizione | Peso ** | Indicatore | Target | Note |
|-----|--------------|---|---------|---|---|---|
| 1 | 3 | Efficienza organizzativa | A | Procedure per l'accesso delle indagini radiologiche in urgenza condivisa con il dipartimento di Emergenza-Urgenza | 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 Medicina di Accettazione e di Urgenza |
| 2 | 3 | Clinical governance | B | Standardizzazione della modulistica del Consenso informato tra le Radiodiagnostiche ospedaliere e territoriali | 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 |
| 3 | 3 | Clinical governance | A | Gestione dei pazienti a rischio di reazione avversa a mezzo di contrasto | Invio con mail del Protocollo elaborato la DDG 497/2018. Gestione del Rischio Clinico e Qualità | Obiettivo in comune tra le UUOO di Radiodiagnostica del Dipartimento |
| 4 # | 1 3 | Efficienza organizzativa | A | Fatturato prestazioni ambulatoriali esterne | Fatturato prestazioni ambulatoriali esterne 2024=2023 | |
| 5 | 3 | Efficienza organizzativa | A | 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 esamiematochimici e/o di eventuali preparazione antiallergica. |
| 6 | 3 | Formazione | B | Realizzazione di evento formativo dipartimentale in Senologia Clinica | Un evento formativo | Obiettivo in comune tra le UUOO del Dipartimento . Nella Relazione finale indicare data e luogo dell'evento e numero partecipanti |
| 7 # | 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Materiale per radiologia / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

DIPARTIMENTO Dipartimento della Radiodiagnostica

UNITA' OPERATIVA UOSVD Radiodiagnostica Senologica Osp. San Paolo

| N. | Prosp. BSC * | Descrizione | Peso ** | Indicatore | Target | Note |
|-----|--------------|---|---------|--|--|---|
| 1 | 3 | Efficienza organizzativa | A | Procedure per l'accesso delle indagini radiologiche in urgenza condivisa con il dipartimento di Emergenza-Urgenza | 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 Medicina di Accettazione e di Urgenza |
| 2 | 3 | Clinical governance | B | Standardizzazione della modulistica del Consenso informato tra le Radiodiagnostiche ospedaliere e territoriali | 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 |
| 3 | 3 | Clinical governance | A | Gestione dei pazienti a rischio di reazione avversa a mezzo di contrasto | Invio con mail del Protocollo elaborato la DDG 497/2018. Gestione del Rischio Clinico e Qualità | Obiettivo in comune tra le UUOO di Radiodiagnostica del Dipartimento |
| 4 # | 1 3 | Efficienza organizzativa | A | Fatturato prestazioni ambulatoriali esterne | Fatturato prestazioni ambulatoriali esterne 2024=2023 | |
| 5 | 3 | Formazione | B | Realizzazione di evento formativo dipartimentale in Senologia Clinica | Un evento formativo | Obiettivo in comune tra le UUOO del Dipartimento . Nella Relazione finale indicare data e luogo dell'evento e numero partecipanti |
| 6 # | 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Materiale per radiologia / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 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 l'80% delle arruolate in Breast Unit e candidate alla chemioterapia neoadiuvante | Obiettivo condiviso tra Radiologia Senologica e Oncologia P.O. San Paolo |
| 8 | 3 | Miglioramento della qualità assistenziale | A | Proporzione di pazienti con carcinoma infiltrante e ascella negativa alla valutazione clinico-strumentale (US/FNAC/CNB) sottoposte a sola biopsia del linfonodo sentinella | ≥ 90% delle pazienti | Obiettivo condiviso tra UOSVD Chir. Senologica, UOSVD Radiologia Senologica San Paolo e UOSVD Screening Cr Mammella-Radiodiagnostica Senologica P.O. Di Venere |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 | Completamento 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 | 1 | Efficienza organizzativa | A | Attivazione e completamento del nuovo software di Gestione del Laboratorio dei Laboratori Analisi Hub e Spoke | Installazione e interfacciamento della strumentazione di laboratorio con il nuovo sistema LIS | |
| 4 # | 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Mat. Diagn. Laboratori / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 | 2024 ≥ 2023 | |
| 2 # 3 1 | Efficienza operativa | M | Produzione unità di plasma da destinare alla lavorazione industriale | 2024 ≥ 2023 | |
| 3 # 3 | Efficienza organizzativa | A | Percentuale di Unità di sangue eliminate per cause tecniche | 2024 < 2023 | 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 | Completamento 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 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Mat. Diagn. Laboratori / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 8 3 | Formazione | B | Organizzazione evento "Emostasi nell'emorragia cerebrale" | Un evento formativo rivolto al personale medico e del Comparto UU.OO. di Neurologia, SIMT, Patologia Clinica, PS dell'Ospedale "Di Venere" | Obiettivo condiviso tra U.O. Neurologia Di Venere e Servizi Trasfusionali |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 | 2024 ≥ 2023 | |
| 2 # 3 1 | Efficienza operativa | M | Produzione unità di plasma da destinare alla lavorazione industriale | 2024 ≥ 2023 | |
| 3 # 3 | Efficienza organizzativa | A | Percentuale di Unità di sangue eliminate per cause tecniche | 2024 < 2023 | 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 | Completamento 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 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Mat. Diagn. Laboratori / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 8 3 | Formazione | B | Organizzazione evento "Emostasi nell'emorragia cerebrale" | Un evento formativo rivolto al personale medico e del Comparto UU.OO. di Neurologia, SIMT, Patologia Clinica, PS dell'Ospedale "Di Venere" | Obiettivo condiviso tra U.O. Neurologia Di Venere e Servizi Trasfusionali |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 | Completamento 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 | 1 | Efficienza organizzativa | A | Attivazione e completamento del nuovo software di Gestione del Laboratorio dei Laboratori Analisi Hub e Spoke | Installazione e interfacciamento della strumentazione di laboratorio con il nuovo sistema LIS | |
| 4 # | 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Mat. Diagn. Laboratori / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 | 2024 ≥ 2023 | |
| 2 # 3 1 | Efficienza operativa | M | Produzione unità di plasma da destinare alla lavorazione industriale | 2024 ≥ 2023 | |
| 3 # 3 | Efficienza organizzativa | A | Percentuale di Unità di sangue eliminate per cause tecniche | 2024 < 2023 | 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 | Completamento 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 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Mat. Diagn. Laboratori / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 8 3 | Formazione | B | Organizzazione evento "Emostasi nell'emorragia cerebrale" | Un evento formativo rivolto al personale medico e del Comparto UU.OO. di Neurologia, SIMT, Patologia Clinica, PS dell'Ospedale "Di Venere" | Obiettivo condiviso tra U.O. Neurologia Di Venere e Servizi Trasfusionali |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 | 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 |
| 2 | 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 |
| 3 | 2 4 | Potenziamento screening oncologici | A | Screening Carcinoma Cervice Uterina: Tempo di refertazione della diagnostica HPV primario | ≤ 21 gg. | Standard GISCI |
| 4 # | 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Mat. Diagn. Laboratori / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 5 | 3 | Efficienza organizzativa | M | Elaborazione Procedura di ritiro, conservazione e consegna dei campioni biologici relativi ad esami istopatologici | Invio della Procedura alla Direzione Sanitaria | Allegare alla Relazione finale la documentazione relativa all'invio. Obiettivo con il coinvolgimento delle Direzioni Mediche di Presidio. |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 | Completamento 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 | 1 | Efficienza organizzativa | A | Attivazione e completamento del nuovo software di Gestione del Laboratorio dei Laboratori Analisi Hub e Spoke | Installazione e interfacciamento della strumentazione di laboratorio con il nuovo sistema LIS | |
| 4 # | 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Mat. Diagn. Laboratori / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 | Completamento 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 | 1 | Efficienza organizzativa | A | Attivazione e completamento del nuovo software di Gestione del Laboratorio dei Laboratori Analisi Hub e Spoke | Installazione e interfacciamento della strumentazione di laboratorio con il nuovo sistema LIS | |
| 4 # | 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Mat. Diagn. Laboratori / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 | 2024 ≥ 2023 | |
| 2 # 3 1 | Efficienza operativa | M | Produzione unità di plasma da destinare alla lavorazione industriale | 2024 ≥ 2023 | |
| 3 # 3 | Efficienza organizzativa | A | Percentuale di Unità di sangue eliminate per cause tecniche | 2024 < 2023 | 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 | Completamento 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 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Mat. Diagn. Laboratori / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 8 3 | Formazione | B | Organizzazione evento "Emostasi nell'emorragia cerebrale" | Un evento formativo rivolto al personale medico e del Comparto UU.OO. di Neurologia, SIMT, Patologia Clinica, PS dell'Ospedale "Di Venere" | Obiettivo condiviso tra U.O. Neurologia Di Venere e Servizi Trasfusionali |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 | 2024 ≥ 2023 | |
| 2 # 3 1 | Efficienza operativa | M | Produzione unità di plasma da destinare alla lavorazione industriale | 2024 ≥ 2023 | |
| 3 # 3 | Efficienza organizzativa | A | Percentuale di Unità di sangue eliminate per cause tecniche | 2024 < 2023 | 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 | Completamento 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 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Mat. Diagn. Laboratori / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 8 3 | Formazione | B | Organizzazione evento "Emostasi nell'emorragia cerebrale" | Un evento formativo rivolto al personale medico e del Comparto UU.OO. di Neurologia, SIMT, Patologia Clinica, PS dell'Ospedale "Di Venere" | Obiettivo condiviso tra U.O. Neurologia Di Venere e Servizi Trasfusionali |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 | Completamento 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 | 1 | Efficienza organizzativa | A | Attivazione e completamento del nuovo software di Gestione del Laboratorio dei Laboratori Analisi Hub e Spoke | Installazione e interfacciamento della strumentazione di laboratorio con il nuovo sistema LIS | |
| 4 # | 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Mat. Diagn. Laboratori / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 | Completamento 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 | 1 | Efficienza organizzativa | A | Attivazione e completamento del nuovo software di Gestione del Laboratorio dei Laboratori Analisi Hub e Spoke | Installazione e interfacciamento della strumentazione di laboratorio con il nuovo sistema LIS | |
| 4 # | 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Mat. Diagn. Laboratori / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 | Accentramento della diagnostica microbiologica aziendale presso il Laboratorio Provinciale di Microbiologia e Virologia dell'Ospedale Di Venere | Entro il 31/12/2024 | |
| 3 | 3 | Clinical governance | A | Protocollo operativo per la corretta gestione dei Micobatteri | Invio alla Direzione Sanitaria Aziendale | |
| 4 | 3 | Formazione | B | Organizzazione di evento formativo su Antibioticoresistenza e gestione delle Infezioni ospedaliere | Organizzazione di un momento formativo rivolto al personale dirigente delle UU.OO. Ospedaliere | |
| 5 # | 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Mat. Diagn. Laboratori / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 inappropriatezza prescrittiva dei MMG riscontrati e comunicati alla Direzione Generale e ai Direttori di Distretto | N. 4 Report | |
| 4 | 1 3 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Monitoraggio, Analisi e Controllo per DSS dei costi per beni sanitari (farmaci e dispositivi) 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 | |
| 8 | 3 | Efficienza organizzativa | A | Elaborazione di un Protocollo Operativo che, partendo dalla mappatura dei processi, vada a definire le attività coordinate dall'Area Patrimonio e del Dipartimento Gestione del Farmaco nell'acquisizione di Farmaci e Dispositivi Medici | Invio Documentazione alla Direzione Strategica entro il 30/06/2024 | Obiettivo condiviso tra AGP e Dipartimento Gestione del Farmaco |
| 9 | 3 | Attuazione della Sezione "Anticorruzione e Trasparenza del PIAO" | M | Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione | Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dalla Sezione "Anticorruzione e Trasparenza" del PIAO e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura | Obiettivo riferito all'intero Dipartimento Gestione del Farmaco.Certificato da RPCT |
| 10 | 3 | Attuazione della Sezione "Anticorruzione e Trasparenza del PIAO" | M | Rispetto della Normativa in materia di Trasparenza | Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui alla Sezione "Anticorruzione e Trasparenza" del PIAO | 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 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 MOSS 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 periodici con le singole UU.OO. sull'andamento della spesa per beni sanitari | N. 4 Verbali incontri | Incontri da organizzare con le DPO e le Direzioni Amministrative (indicativamente nei mesi di giugno, settembre, novembre).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 # | 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | % erogazioni effettive del primo ciclo di terapia rispetto alle prescrizioni. | ≥ 85% delle prescrizioni del primo ciclo di terapia effettuate | |
| 7 | 3 | Efficienza organizzativa | A | Elaborazione di un Protocollo Operativo che, partendo dalla mappatura dei processi, vada a definire le attività coordinate dall'Area Patrimonio e del Dipartimento Gestione del Farmaco nell'acquisizione di Farmaci e Dispositivi Medici | Invio Documentazione alla Direzione Strategica entro il 30/06/2024 | Obiettivo condiviso tra AGP e Dipartimento Gestione del Farmaco |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 MOSS 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 periodici con le singole UU.OO. sull'andamento della spesa per beni sanitari | N. 4 Verbali incontri | Incontri da organizzare con le DPO e le Direzioni Amministrative (indicativamente nei mesi di giugno, settembre, novembre).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 # | 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | % erogazioni effettive del primo ciclo di terapia rispetto alle prescrizioni. | ≥ 85% delle prescrizioni del primo ciclo di terapia effettuate | |
| 7 | 3 | Efficienza organizzativa | A | Elaborazione di un Protocollo Operativo che, partendo dalla mappatura dei processi, vada a definire le attività coordinate dall'Area Patrimonio e del Dipartimento Gestione del Farmaco nell'acquisizione di Farmaci e Dispositivi Medici | Invio Documentazione alla Direzione Strategica entro il 30/06/2024 | Obiettivo condiviso tra AGP e Dipartimento Gestione del Farmaco |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 MOSS 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 periodici con le singole UU.OO. sull'andamento della spesa per beni sanitari | N. 4 Verbali incontri | Incontri da organizzare con le DPO e le Direzioni Amministrative (indicativamente nei mesi di giugno, settembre, novembre).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 # | 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | % erogazioni effettive del primo ciclo di terapia rispetto alle prescrizioni. | ≥ 85% delle prescrizioni del primo ciclo di terapia effettuate | |
| 7 | 3 | Efficienza organizzativa | A | Elaborazione di un Protocollo Operativo che, partendo dalla mappatura dei processi, vada a definire le attività coordinate dall'Area Patrimonio e del Dipartimento Gestione del Farmaco nell'acquisizione di Farmaci e Dispositivi Medici | Invio Documentazione alla Direzione Strategica entro il 30/06/2024 | Obiettivo condiviso tra AGP e Dipartimento Gestione del Farmaco |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 MOSS 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 periodici con le singole UU.OO. sull'andamento della spesa per beni sanitari | N. 4 Verbali incontri | Incontri da organizzare con le DPO e le Direzioni Amministrative (indicativamente nei mesi di giugno, settembre, novembre).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 # | 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | % erogazioni effettive del primo ciclo di terapia rispetto alle prescrizioni. | ≥ 85% delle prescrizioni del primo ciclo di terapia effettuate | |
| 7 | 3 | Efficienza organizzativa | A | Elaborazione di un Protocollo Operativo che, partendo dalla mappatura dei processi, vada a definire le attività coordinate dall'Area Patrimonio e del Dipartimento Gestione del Farmaco nell'acquisizione di Farmaci e Dispositivi Medici | Invio Documentazione alla Direzione Strategica entro il 30/06/2024 | Obiettivo condiviso tra AGP e Dipartimento Gestione del Farmaco |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 MOSS 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 periodici con le singole UU.OO. sull'andamento della spesa per beni sanitari | N. 4 Verbali incontri | Incontri da organizzare con le DPO e le Direzioni Amministrative (indicativamente nei mesi di giugno, settembre, novembre).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 # | 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | % erogazioni effettive del primo ciclo di terapia rispetto alle prescrizioni. | ≥ 85% delle prescrizioni del primo ciclo di terapia effettuate | |
| 7 | 3 | Efficienza organizzativa | A | Elaborazione di un Protocollo Operativo che, partendo dalla mappatura dei processi, vada a definire le attività coordinate dall'Area Patrimonio e del Dipartimento Gestione del Farmaco nell'acquisizione di Farmaci e Dispositivi Medici | Invio Documentazione alla Direzione Strategica entro il 30/06/2024 | Obiettivo condiviso tra AGP e Dipartimento Gestione del Farmaco |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 MOSS 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 periodici con le singole UU.OO. sull'andamento della spesa per beni sanitari | N. 4 Verbali incontri | Incontri da organizzare con le DPO e le Direzioni Amministrative (indicativamente nei mesi di giugno, settembre, novembre).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 # | 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | % erogazioni effettive del primo ciclo di terapia rispetto alle prescrizioni. | ≥ 85% delle prescrizioni del primo ciclo di terapia effettuate | |
| 7 | 3 | Efficienza organizzativa | A | Elaborazione di un Protocollo Operativo che, partendo dalla mappatura dei processi, vada a definire le attività coordinate dall'Area Patrimonio e del Dipartimento Gestione del Farmaco nell'acquisizione di Farmaci e Dispositivi Medici | Invio Documentazione alla Direzione Strategica entro il 30/06/2024 | Obiettivo condiviso tra AGP e Dipartimento Gestione del Farmaco |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 MOSS 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 periodici con le singole UU.OO. sull'andamento della spesa per beni sanitari | N. 4 Verbali incontri | Incontri da organizzare con le DPO e le Direzioni Amministrative (indicativamente nei mesi di giugno, settembre, novembre).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 # | 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | % erogazioni effettive del primo ciclo di terapia rispetto alle prescrizioni. | ≥ 85% delle prescrizioni del primo ciclo di terapia effettuate | |
| 7 | 3 | Efficienza organizzativa | A | Elaborazione di un Protocollo Operativo che, partendo dalla mappatura dei processi, vada a definire le attività coordinate dall'Area Patrimonio e del Dipartimento Gestione del Farmaco nell'acquisizione di Farmaci e Dispositivi Medici | Invio Documentazione alla Direzione Strategica entro il 30/06/2024 | Obiettivo condiviso tra AGP e Dipartimento Gestione del Farmaco |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 | ≥ 40% dei pazienti dimessi | |
| 6 # 3 | Clinical governance | M | Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazioni Ministeriali n.7, 12, 17, 18 | 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 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Farmaci / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 8 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Presidi chir. e materiale sanitario / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 9 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Materiale protesico / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 10 # 3 4 | Sanità digitale | B | Percentuale di Cartelle Cliniche Elettroniche chiuse | ≥ 90% | |

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 | ≥ 40% dei pazienti dimessi | |
| 6 # 3 | Clinical governance | M | Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazioni Ministeriali n.7, 12, 17, 18 | 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 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Farmaci / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 8 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Presidi chir. e materiale sanitario / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 9 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Materiale protesico / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 10 # 3 4 | Sanità digitale | B | Percentuale di Cartelle Cliniche Elettroniche chiuse | ≥ 90% | |

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

DIPARTIMENTO Dipartimento Neurovascolare
 UNITA' OPERATIVA **UOC Neurologia-Stroke Unit Osp. Di Venere**

| 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 | ≥ 40% dei pazienti dimessi | |
| 3 # 1 2 | Sanità digitale | B | Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata | > 1000 | |
| 4 3 | Clinical governance | M | Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazioni Ministeriali n.7, 12, 17, 18 | 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 | Formazione | B | Organizzazione evento "Emostasi nell'emorragia cerebrale" | Un evento formativo rivolto al personale medico e del Comparto UU.OO. di Neurologia, SIMT, Patologia Clinica, PS dell'Ospedale "Di Venere" | Obiettivo condiviso tra U.O. Neurologia Di Venere e SIMT Di Venere |
| 6 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Farmaci / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 7 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Presidi chir. e materiale sanitario / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 8 3 | Formazione | B | Organizzazione evento La Plasmaferesi nella Miastenia Gravis e nelle Neuropatie Disimmuni: condivisione delle indicazioni e della tecnica" | Un evento formativo rivolto al personale medico e del Comparto UU.OO. di Neurologia e Nefrologia dell'Ospedale "Di Venere" | Obiettivo condiviso tra U.O. Neurologia Di Venere e Nefrologia Di Venere. Nella Relazione finale indicare data e partecipanti. |
| 9 3 | Clinical governance | A | Elaborazione/revisione procedura aziendale pre-ospedaliera del paziente con ictus | Invio del Protocollo elaborato secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità | Obiettivo condiviso tra U.O. Neurologia Di Venere e UU.OO. del Dipartimento di Emergenza-Urgenza. Allegare documentazione di invio all'U.O.G.R.C. alla Relazione finale |
| 10# 3 4 | Sanità digitale | B | Percentuale di Cartelle Cliniche Elettroniche chiuse | ≥ 90% | |

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 2024=2023 + 5% | |
| 2 3 | Clinical governance | M | Elaborazione Protocollo di "assicurazione di qualità in TELERADIOLOGIA" | Invio alla Direzione Sanitaria ASL BA | Allegare documentazione di invio alla Relazione finale |
| 3 3 | Clinical governance | M | Elaborazione documento di "indicazioni e raccomandazioni di attività di RADIOLOGIA" | 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. 2024 | Con esclusione dei dipendenti in |
| 6 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Materiale per radiologia / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 7 3 | Clinical governance | B | Standardizzazione della modulistica del Consenso informato tra le Radiodiagnostiche ospedaliere e territoriali | 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 |

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 | ≥ 40% 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 Raccomandazioni Ministeriali n.7, 12, 17, 18 | 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 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Farmaci / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 6 # 3 4 | Sanità digitale | B | Percentuale di Cartelle Cliniche Elettroniche chiuse | ≥ 90% | |

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 2 | Sanità digitale | M | % di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia | ≥ 40% dei pazienti dimessi | |
| 4 # 1 2 | Sanità digitale | B | Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata | > 2000 | |
| 5 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Farmaci / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 6 # 3 4 | Sanità digitale | B | Percentuale di Cartelle Cliniche Elettroniche chiuse | ≥ 90% | |

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 2 | Sanità digitale | M | % di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia | ≥ 40% dei pazienti dimessi | |
| 4 # 1 2 | Sanità digitale | B | Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata | > 1000 | |
| 5 # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Farmaci / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 6 # 3 4 | Sanità digitale | B | Percentuale di Cartelle Cliniche Elettroniche chiuse | ≥ 90% | |

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 | ≥ 40% 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 Raccomandazioni Ministeriali n.7, 12, 17, 18 | 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 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Costo Farmaci / Ricavi da attività sanitaria | valore indice anno 2024 < valore indice 2023 | I ricavi per attività sanitaria si riferiscono ai Ricoveri, Prestazioni Ambulatoriali, Cessioni Emoderivati e importo farmaci in somministrazione ambulatoriale (OSP1). |
| 6 # 3 4 | Sanità digitale | B | Percentuale di Cartelle Cliniche Elettroniche chiuse | ≥ 90% | |

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 | Protocollo di gestione dei DPI radiologici (art. 109 comma 6 lettera d D.Lgs 101/2020 | Invio della procedura secondo DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità | Nella Relazione finale allegare documentazione relativa all'invio della procedura all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità |

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 1 | Efficienza organizzativa | M | organizzazione di incontri periodici con le singole UU.OO. sull'andamento della spesa per beni sanitari | N. 4 Verbali incontri | Incontri da organizzare con la U.O. Farmacia, la Direzione Amministrativa e le UU.OO. (indicativamente nei mesi di giugno, settembre, novembre). Da allegare alla Relazione finale |
| 3 | 3 4 | Efficienza organizzativa | A | Trasmissione mensile entro 10 gg. dalla fine del mese di riferimento alla Direzione Amministrativa di Presidio dei dati necessari alla fatturazione mensile da parte delle ditte fornitrici dei servizi di Lavanderia e Mensa | Note di trasmissione da allegare alla Relazione annuale | Certificazione a cura delle Direzioni Amministrative di Presidio da inviare entro il 30 Aprile 2020 all'U.O. Controllo di Gestione |
| 4 | 3 | Attuazione della Sezione "Anticorruzione e Trasparenza del PIAO" | M | Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione | Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dalla Sezione "Anticorruzione e Trasparenza" del PIAO e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura | Certificato da RPCT |
| 5 | 3 1 | Formazione | B | Organizzazione di incontri formativi sul PREMAL per il personale delle Direzioni Mediche | Due incontri annui dipartimentali per le UU.OO. del Dipartimento | Obiettivo in comune a tutte le Direzioni Mediche di Presidio |
| 6 | 2 | Comunicazione istituzionale | B | Invio dei dati all'URP per l'aggiornamento del Portale aziendale | Invio quadrimestrale dei dati | Certificato dall'U.O. Servizio di Informazione e Comunicazione istituzionale |
| 7 | 3 | Governo delle liste di attesa | A | Organizzazione di incontri periodici sull'andamento delle liste di attesa | 2 incontri annui | Obiettivo condiviso tra Direzioni Mediche di Presidio e UOSVD Governo Liste di Attesa |

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 1 | Efficienza organizzativa | M | organizzazione di incontri periodici con le singole UU.OO. sull'andamento della spesa per beni sanitari | N. 4 Verbali incontri | Incontri da organizzare con la U.O. Farmacia, la Direzione Amministrativa e le UU.OO. (indicativamente nei mesi di giugno, settembre, novembre). Da allegare alla Relazione finale |
| 3 | 3 4 | Efficienza organizzativa | A | Trasmissione mensile entro 10 gg. dalla fine del mese di riferimento alla Direzione Amministrativa di Presidio dei dati necessari alla fatturazione mensile da parte delle ditte fornitrici dei servizi di Lavanderia e Mensa | Note di trasmissione da allegare alla Relazione annuale | Certificazione a cura delle Direzioni Amministrative di Presidio da inviare entro il 30 Aprile 2020 all'U.O. Controllo di Gestione |
| 4 | 3 | Attuazione della Sezione "Anticorruzione e Trasparenza del PIAO" | M | Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione | Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dalla Sezione "Anticorruzione e Trasparenza" del PIAO e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura | Certificato da RPCT |
| 5 | 3 1 | Formazione | B | Organizzazione di incontri formativi sul PREMAL per il personale delle Direzioni Mediche | Due incontri annui dipartimentali per le UU.OO. del Dipartimento | Obiettivo in comune a tutte le Direzioni Mediche di Presidio |
| 6 | 2 | Comunicazione istituzionale | B | Invio dei dati all'URP per l'aggiornamento del Portale aziendale | Invio quadrimestrale dei dati | Certificato dall'U.O. Servizio di Informazione e Comunicazione istituzionale |
| 7 | 3 | Governo delle liste di attesa | A | Organizzazione di incontri periodici sull'andamento delle liste di attesa | 2 incontri annui | Obiettivo condiviso tra Direzioni Mediche di Presidio e UOSVD Governo Liste di Attesa |

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 1 | Efficienza organizzativa | M | organizzazione di incontri periodici con le singole UU.OO. sull'andamento della spesa per beni sanitari | N. 4 Verbali incontri | Incontri da organizzare con la U.O. Farmacia, la Direzione Amministrativa e le UU.OO. (indicativamente nei mesi di giugno, settembre, novembre). Da allegare alla Relazione finale |
| 3 | 3 4 | Efficienza organizzativa | A | Trasmissione mensile entro 10 gg. dalla fine del mese di riferimento alla Direzione Amministrativa di Presidio dei dati necessari alla fatturazione mensile da parte delle ditte fornitrici dei servizi di Lavanderia e Mensa | Note di trasmissione da allegare alla Relazione annuale | Certificazione a cura delle Direzioni Amministrative di Presidio da inviare entro il 30 Aprile 2020 all'U.O. Controllo di Gestione |
| 4 | 3 | Attuazione della Sezione "Anticorruzione e Trasparenza del PIAO" | M | Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione | Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dalla Sezione "Anticorruzione e Trasparenza" del PIAO e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura | Certificato da RPCT |
| 5 | 3 1 | Formazione | B | Organizzazione di incontri formativi sul PREMAL per il personale delle Direzioni Mediche | Due incontri annui dipartimentali per le UU.OO. del Dipartimento | Obiettivo in comune a tutte le Direzioni Mediche di Presidio |
| 6 | 2 | Comunicazione istituzionale | B | Invio dei dati all'URP per l'aggiornamento del Portale aziendale | Invio quadrimestrale dei dati | Certificato dall'U.O. Servizio di Informazione e Comunicazione istituzionale |
| 7 | 3 | Governo delle liste di attesa | A | Organizzazione di incontri periodici sull'andamento delle liste di attesa | 2 incontri annui | Obiettivo condiviso tra Direzioni Mediche di Presidio e UOSVD Governo Liste di Attesa |

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 1 | Efficienza organizzativa | M | organizzazione di incontri periodici con le singole UU.OO. sull'andamento della spesa per beni sanitari | N. 4 Verbali incontri | Incontri da organizzare con la U.O. Farmacia, la Direzione Amministrativa e le UU.OO. (indicativamente nei mesi di giugno, settembre, novembre). Da allegare alla Relazione finale |
| 3 | 3 4 | Efficienza organizzativa | A | Trasmissione mensile entro 10 gg. dalla fine del mese di riferimento alla Direzione Amministrativa di Presidio dei dati necessari alla fatturazione mensile da parte delle ditte fornitrici dei servizi di Lavanderia e Mensa | Note di trasmissione da allegare alla Relazione annuale | Certificazione a cura delle Direzioni Amministrative di Presidio da inviare entro il 30 Aprile 2020 all'U.O. Controllo di Gestione |
| 4 | 3 | Attuazione della Sezione "Anticorruzione e Trasparenza del PIAO" | M | Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione | Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dalla Sezione "Anticorruzione e Trasparenza" del PIAO e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura | Certificato da RPCT |
| 5 | 3 1 | Formazione | B | Organizzazione di incontri formativi sul PREMAL per il personale delle Direzioni Mediche | Due incontri annui dipartimentali per le UU.OO. del Dipartimento | Obiettivo in comune a tutte le Direzioni Mediche di Presidio |
| 6 | 2 | Comunicazione istituzionale | B | Invio dei dati all'URP per l'aggiornamento del Portale aziendale | Invio quadrimestrale dei dati | Certificato dall'U.O. Servizio di Informazione e Comunicazione istituzionale |
| 7 | 3 | Governo delle liste di attesa | A | Organizzazione di incontri periodici sull'andamento delle liste di attesa | 2 incontri annui | Obiettivo condiviso tra Direzioni Mediche di Presidio e UOSVD Governo Liste di Attesa |

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 1 | Efficienza organizzativa | M | organizzazione di incontri periodici con le singole UU.OO. sull'andamento della spesa per beni sanitari | N. 4 Verbali incontri | Incontri da organizzare con la U.O. Farmacia, la Direzione Amministrativa e le UU.OO. (indicativamente nei mesi di giugno, settembre, novembre). Da allegare alla Relazione finale |
| 3 | 3 4 | Efficienza organizzativa | A | Trasmissione mensile entro 10 gg. dalla fine del mese di riferimento alla Direzione Amministrativa di Presidio dei dati necessari alla fatturazione mensile da parte delle ditte fornitrici dei servizi di Lavanderia e Mensa | Note di trasmissione da allegare alla Relazione annuale | Certificazione a cura delle Direzioni Amministrative di Presidio da inviare entro il 30 Aprile 2020 all'U.O. Controllo di Gestione |
| 4 | 3 | Attuazione della Sezione "Anticorruzione e Trasparenza del PIAO" | M | Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione | Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dalla Sezione "Anticorruzione e Trasparenza" del PIAO e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura | Certificato da RPCT |
| 5 | 3 1 | Formazione | B | Organizzazione di incontri formativi sul PREMIAL per il personale delle Direzioni Mediche | Due incontri annui dipartimentali per le UU.OO. del Dipartimento | Obiettivo in comune a tutte le Direzioni Mediche di Presidio |
| 6 | 2 | Comunicazione istituzionale | B | Invio dei dati all'URP per l'aggiornamento del Portale aziendale | Invio quadrimestrale dei dati | Certificato dall'U.O. Servizio di Informazione e Comunicazione istituzionale |
| 7 | 3 | Governo delle liste di attesa | A | Organizzazione di incontri periodici sull'andamento delle liste di attesa | 2 incontri annui | Obiettivo condiviso tra Direzioni Mediche di Presidio e UOSVD Governo Liste di Attesa |

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 1 | Efficienza organizzativa | M | organizzazione di incontri periodici con le singole UU.OO. sull'andamento della spesa per beni sanitari | N. 4 Verbali incontri | Incontri da organizzare con la U.O. Farmacia, la Direzione Amministrativa e le UU.OO. (indicativamente nei mesi di giugno, settembre, novembre). Da allegare alla Relazione finale |
| 3 | 3 4 | Efficienza organizzativa | A | Trasmissione mensile entro 10 gg. dalla fine del mese di riferimento alla Direzione Amministrativa di Presidio dei dati necessari alla fatturazione mensile da parte delle ditte fornitrici dei servizi di Lavanderia e Mensa | Note di trasmissione da allegare alla Relazione annuale | Certificazione a cura delle Direzioni Amministrative di Presidio da inviare entro il 30 Aprile 2020 all'U.O. Controllo di Gestione |
| 4 | 3 | Attuazione della Sezione "Anticorruzione e Trasparenza del PIAO" | M | Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione | Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dalla Sezione "Anticorruzione e Trasparenza" del PIAO e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura | Certificato da RPCT |
| 5 | 3 1 | Formazione | B | Organizzazione di incontri formativi sul PREMAL per il personale delle Direzioni Mediche | Due incontri annui dipartimentali per le UU.OO. del Dipartimento | Obiettivo in comune a tutte le Direzioni Mediche di Presidio |
| 6 | 2 | Comunicazione istituzionale | B | Invio dei dati all'URP per l'aggiornamento del Portale aziendale | Invio quadrimestrale dei dati | Certificato dall'U.O. Servizio di Informazione e Comunicazione istituzionale |
| 7 | 3 | Governo delle liste di attesa | A | Organizzazione di incontri periodici sull'andamento delle liste di attesa | 2 incontri annui | Obiettivo condiviso tra Direzioni Mediche di Presidio e UOSVD Governo Liste di Attesa |

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

DIPARTIMENTO Dipartimento delle Direzioni Mediche di Presidio Ospedaliero

UNITA' OPERATIVA UOSVD Direzione Sanitaria Osp. Corato

| N. | Prosp. BSC * | Descrizione | Peso ** | Indicatore | Target | Note |
|----|--------------|--|---------|---|--|--|
| 1 | 3 | Appropriatezza delle prestazioni sanitarie | B | Report semestrale sulle attività di controllo analitico casuale sul 10% delle cartelle cliniche | Trasmissione di n.2 report semestrali alla Direzione Sanitaria Aziendale | Note di trasmissione da allegare alla Relazione finale. Obiettivo subordinato al superamento dell'emergenza Covid-19 |
| 2 | 3 1 | Efficienza organizzativa | M | organizzazione di incontri periodici con le singole UU.OO. sull'andamento della spesa per beni sanitari | N. 4 Verbali incontri | Incontri da organizzare con la U.O. Farmacia, la Direzione Amministrativa e le UU.OO. (indicativamente nei mesi di giugno, settembre, novembre). Da allegare alla Relazione finale |
| 3 | 3 4 | Efficienza organizzativa | A | Trasmissione mensile entro 10 gg. dalla fine del mese di riferimento alla Direzione Amministrativa di Presidio dei dati necessari alla fatturazione mensile da parte delle ditte fornitrici dei servizi di Lavanderia e Mensa | Note di trasmissione da allegare alla Relazione annuale | Certificazione a cura delle Direzioni Amministrative di Presidio da inviare entro il 30 Aprile 2020 all'U.O. Controllo di Gestione |
| 4 | 3 | Attuazione della Sezione "Anticorruzione e Trasparenza del PIAO" | M | Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione | Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dalla Sezione "Anticorruzione e Trasparenza" del PIAO e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura | Certificato da RPCT |
| 5 | 3 1 | Formazione | B | Organizzazione di incontri formativi sul PREMAL per il personale delle Direzioni Mediche | Due incontri annui dipartimentali per le UU.OO. del Dipartimento | Obiettivo in comune a tutte le Direzioni Mediche di Presidio |
| 6 | 2 | Comunicazione istituzionale | B | Invio dei dati all'URP per l'aggiornamento del Portale aziendale | Invio quadrimestrale dei dati | Certificato dall'U.O. Servizio di Informazione e Comunicazione istituzionale |
| 7 | 3 | Governo delle liste di attesa | A | Organizzazione di incontri periodici sull'andamento delle liste di attesa | 2 incontri annui | Obiettivo condiviso tra Direzioni Mediche di Presidio e UOSVD Governo Liste di Attesa |

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 della Sezione "Anticorruzione e Trasparenza del PIAO" | M | Rispetto della Normativa in materia di Trasparenza | Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui alla Sezione "Anticorruzione e Trasparenza" del PIAO | Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 |
| 3 | 3 | Attuazione della Sezione "Anticorruzione e Trasparenza del PIAO" | M | Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione | Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dalla Sezione "Anticorruzione e Trasparenza" del PIAO 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 almeno 3 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 periodici con le singole UU.OO. Sull'andamento della spesa per beni sanitari | N. 4 Verbali incontri | Incontri da organizzare con la U.O. Farmacia e la Direzione Medica (indicativamente nei mesi di giugno, settembre, novembre).Da allegare alla Relazione finale |
| 8 | 3 | Monitoraggio attività libero professionale | M | Controlli a campione tra risultanze CUP e gestionale presenze (coincidenza tra prenotazioni CUP - fatturazione - timbrature causalizzate) + Controllo corrispondenza prestazioni autorizzate e prestazioni erogate | n.2 relazioni semestrali su un campione di almeno il 20% dei medici che svolgono attività libero professionale | inviare i reports semestrali alla DMPO, alla AGRU e ai Direttori delle UU.OO. di appartenenza. Allegare i due Reports alla Relazione finale |
| 9 | 3 | Efficienza organizzativa | M | Elaborazione procedura amministrativa secondo i principi dei Pac aziendali e in relazione all'avvio del MOSS per l'attività del Magazzino Centrale CTO, trasferitosi presso P.O. San Paolo | Invio procedura alla Direzione Amministrativa entro il 30/09 | Allegare documentazione relativa all'invio alla Relazione finale |
| 10 | 1 3 | Deflazionamento del contenzioso | A | Monitoraggio delle prestazioni erogate in pronta disponibilità attiva e relativi riposi, ai sensi del d.lgs 66/2003 e legge 133/2008 | N. 3 verifiche annue su 3 U.O. di ciascun P.O. Report da inviare alla Direzione Medica di presidio e ai Direttori UU.OO. interessate dall'analisi | Allegare documentazione alla Relazione finale |
| 11 | 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 |

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 della Sezione "Anticorruzione e Trasparenza del PIAO" | M | Rispetto della Normativa in materia di Trasparenza | Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui alla Sezione "Anticorruzione e Trasparenza" del PIAO | Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 |
| 3 | 3 | Attuazione della Sezione "Anticorruzione e Trasparenza del PIAO" | M | Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione | Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dalla Sezione "Anticorruzione e Trasparenza" del PIAO 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 | Efficienza organizzativa | M | Procedure di Gara sotto soglia per fabbisogno di fornitura di beni/servizi per fabbisogno ospedaliero ASL aggregato | Atto di indizione di almeno 3 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 | Efficienza organizzativa | M | Organizzazione di incontri periodici con le singole UU.OO. Sull'andamento della spesa per beni sanitari | N. 4 Verbalni incontri | Incontri da organizzare con la U.O. Farmacia e la Direzione Medica (indicativamente nei mesi di giugno, settembre, novembre).Da allegare alla Relazione finale |
| 8 | 3 | Monitoraggio attività libero professionale | M | Controlli a campione tra risultanze CUP e gestionale presenze (coincidenza tra prenotazioni CUP - fatturazione - timbrature causalizzate) + Controllo corrispondenza prestazioni autorizzate e prestazioni erogate | n.2 relazioni semestrali su un campione di almeno il 20% dei medici che svolgono attività libero professionale | inviare i reports semestrali alla DMPO, alla AGRU e ai Direttori delle UU.OO. di appartenenza. Allegare i due Reports alla Relazione finale |
| 9 | 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 30/09/2024 | Obiettivo condiviso tra Ingegneria Clinica, AGP e Direzione Amministrativa P.O Bari Sud. Coordinato da AGP |
| 10 | 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 30/09/2024 | Obiettivo condiviso tra AGP, AGT e Direzione Amministrativa P.O Bari Sud. Coordinato da AGP |
| 11 | 1 | Deffazionamento del contenzioso | A | Monitoraggio delle prestazioni erogate in pronta disponibilità attiva e relativi riposi, ai sensi del d.lgs 66/2003 e legge 133/2008 | N. 3 verifiche annue su 3 U.O. di ciascun P.O. Report da inviare alla Direzione Medica di presidio e ai Direttori UU.OO. interessate dall'analisi | Allegare documentazione alla Relazione finale |
| 12 | 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 |

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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'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 della Sezione "Anticorruzione e Trasparenza del PIAO" | M | Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione | Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dalla Sezione "Anticorruzione e Trasparenza" del PIAO e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura | Certificato da RPCT |
| 4 | 3 | Attuazione della Sezione "Anticorruzione e Trasparenza del PIAO" | M | Rispetto della Normativa in materia di Trasparenza | Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui alla Sezione "Anticorruzione e Trasparenza" del PIAO | 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 30/09/2024 | |
| 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 | 55% della popolazione bersaglio | Obiettivo condiviso tra UOSVD Screening Cervice Uterina e Distretti. Subordinato alla integrazione della dotazione organica e agli adeguamenti strutturali dei Consulteri |
| 8 | 2 | Comunicazione istituzionale | B | Invio dei dati all'URP per l'aggiornamento del Portale aziendale | Invio quadrimestrale dei dati | Certificato dall'U.O. Servizio di Informazione e Comunicazione istituzionale |
| 9 | # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Spesa farmaceutica convenzionata (al lordo del payback ed al netto del ticket) per popolazione pesata normalizzata OSMED | 2024 = 2023-10% | Fonte: report DiSaR cod. SIFI-G016-Monitoraggio attività prescrittiva - Sintesi |
| 10 | 3 1 | Governo delle liste di attesa | A | Organizzazione di incontri periodici sull'andamento delle liste di attesa con le Direzioni dei Distretti | 2 incontri annui | Obiettivo condiviso tra Direzioni dei Distretti e UOSVD Governo Liste di Attesa |

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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'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 della Sezione "Anticorruzione e Trasparenza del PIAO" | M | Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione | Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dalla Sezione "Anticorruzione e Trasparenza" del PIAO e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura | Certificato da RPCT |
| 4 | 3 | Attuazione della Sezione "Anticorruzione e Trasparenza del PIAO" | M | Rispetto della Normativa in materia di Trasparenza | Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui alla Sezione "Anticorruzione e Trasparenza" del PIAO | 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 30/09/2024 | |
| 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 | 55% della popolazione bersaglio | Obiettivo condiviso tra UOSVD Screening Cervice Uterina e Distretti. Subordinato alla integrazione della dotazione organica e agli adeguamenti strutturali dei Consulteri |
| 8 | 2 | Comunicazione istituzionale | B | Invio dei dati all'URP per l'aggiornamento del Portale aziendale | Invio quadrimestrale dei dati | Certificato dall'U.O. Servizio di Informazione e Comunicazione istituzionale |
| 9 | # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Spesa farmaceutica convenzionata (al lordo del payback ed al netto del ticket) per popolazione pesata normalizzata OSMED | 2024 = 2023-10% | Fonte: report DiSaR cod. SIFI-G016-Monitoraggio attività prescrittiva - Sintesi |
| 10 | 3 1 | Governo delle liste di attesa | A | Organizzazione di incontri periodici sull'andamento delle liste di attesa con le Direzioni dei Distretti | 2 incontri annui | Obiettivo condiviso tra Direzioni dei Distretti e UOSVD Governo Liste di Attesa |

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 della Sezione "Anticorruzione e Trasparenza del PIAO" | M | Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione | Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dalla Sezione "Anticorruzione e Trasparenza" del PIAO e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura | Certificato da RPCT |
| 4 | 3 | Attuazione della Sezione "Anticorruzione e Trasparenza del PIAO" | M | Rispetto della Normativa in materia di Trasparenza | Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui alla Sezione "Anticorruzione e Trasparenza" del PIAO | 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 30/09/2024 | |
| 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 | 55% della popolazione bersaglio | Obiettivo condiviso tra UOSVD Screening Cervice Uterina e Distretti. Subordinato alla integrazione della dotazione organica e agli adeguamenti strutturali dei Consulteri |
| 8 | 2 | Comunicazione istituzionale | B | Invio dei dati all'URP per l'aggiornamento del Portale aziendale | Invio quadrimestrale dei dati | Certificato dall'U.O. Servizio di Informazione e Comunicazione istituzionale |
| 9 | # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Spesa farmaceutica convenzionata (al lordo del payback ed al netto del ticket) per popolazione pesata normalizzata OSMED | 2024 = 2023-10% | Fonte: report DiSaR cod. SIFI-G016-Monitoraggio attività prescrittiva - Sintesi |
| 10 | 3 1 | Governo delle liste di attesa | A | Organizzazione di incontri periodici sull'andamento delle liste di attesa con le Direzioni dei Distretti | 2 incontri annui | Obiettivo condiviso tra Direzioni dei Distretti e UOSVD Governo Liste di Attesa |

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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'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 della Sezione "Anticorruzione e Trasparenza del PIAO" | M | Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione | Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dalla Sezione "Anticorruzione e Trasparenza" del PIAO e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura | Certificato da RPCT |
| 4 | 3 | Attuazione della Sezione "Anticorruzione e Trasparenza del PIAO" | M | Rispetto della Normativa in materia di Trasparenza | Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui alla Sezione "Anticorruzione e Trasparenza" del PIAO | 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 30/09/2024 | |
| 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 | 55% della popolazione bersaglio | Obiettivo condiviso tra UOSVD Screening Service Uterina e Distretti. Subordinato alla integrazione della dotazione organica e agli adeguamenti strutturali dei Consulteri |
| 8 | 2 | Comunicazione istituzionale | B | Invio dei dati all'URP per l'aggiornamento del Portale aziendale | Invio quadrimestrale dei dati | Certificato dall'U.O. Servizio di Informazione e Comunicazione istituzionale |
| 9 | # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Spesa farmaceutica convenzionata (al lordo del payback ed al netto del ticket) per popolazione pesata normalizzata OSMED | 2024 = 2023-5% | Fonte: report DiSaR cod. SIFI-G016-Monitoraggio attività prescrittiva - Sintesi |
| 10 | 3 1 | Governo delle liste di attesa | A | Organizzazione di incontri periodici sull'andamento delle liste di attesa con le Direzioni dei Distretti | 2 incontri annui | Obiettivo condiviso tra Direzioni dei Distretti e UOSVD Governo Liste di Attesa |

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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'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 della Sezione "Anticorruzione e Trasparenza del PIAO" | M | Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione | Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dalla Sezione "Anticorruzione e Trasparenza" del PIAO e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura | Certificato da RPCT |
| 4 | 3 | Attuazione della Sezione "Anticorruzione e Trasparenza del PIAO" | M | Rispetto della Normativa in materia di Trasparenza | Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui alla Sezione "Anticorruzione e Trasparenza" del PIAO | 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 30/09/2024 | |
| 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 | 55% della popolazione bersaglio | Obiettivo condiviso tra UOSVD Screening Service Uterina e Distretti. Subordinato alla integrazione della dotazione organica e agli adeguamenti strutturali dei Consulteri |
| 8 | 2 | Comunicazione istituzionale | B | Invio dei dati all'URP per l'aggiornamento del Portale aziendale | Invio quadrimestrale dei dati | Certificato dall'U.O. Servizio di Informazione e Comunicazione istituzionale |
| 9 | # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Spesa farmaceutica convenzionata (al lordo del payback ed al netto del ticket) per popolazione pesata normalizzata OSMED | 2024 = 2023-5% | Fonte: report DiSaR cod. SIFI-G016-Monitoraggio attività prescrittiva - Sintesi |
| 10 | 3 | Governo delle liste di attesa | A | Organizzazione di incontri periodici sull'andamento delle liste di attesa con le Direzioni dei Distretti | 2 incontri annui | Obiettivo condiviso tra Direzioni dei Distretti e UOSVD Governo Liste di Attesa |
| 11 | 3 | Clinical governance | A | Screening Carcinoma della cervice uterina: potenziamento dell'attività di II livello | N. Colposcopie 2024 > 2023 | Certificato dall'U.O. Screening Service 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 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 della Sezione "Anticorruzione e Trasparenza del PIAO" | M | Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione | Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dalla Sezione "Anticorruzione e Trasparenza" del PIAO e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura | Certificato da RPCT |
| 4 | 3 | Attuazione della Sezione "Anticorruzione e Trasparenza del PIAO" | M | Rispetto della Normativa in materia di Trasparenza | Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui alla Sezione "Anticorruzione e Trasparenza" del PIAO | 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 30/09/2024 | |
| 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 | 55% della popolazione bersaglio | Obiettivo condiviso tra UOSVD Screening Service Uterina e Distretti. Subordinato alla integrazione della dotazione organica e agli adeguamenti strutturali dei Consulteri |
| 8 | 2 | Comunicazione istituzionale | B | Invio dei dati all'URP per l'aggiornamento del Portale aziendale | Invio quadrimestrale dei dati | Certificato dall'U.O. Servizio di Informazione e Comunicazione istituzionale |
| 9 | # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Spesa farmaceutica convenzionata (al lordo del payback ed al netto del ticket) per popolazione pesata normalizzata OSMED | 2024 = 2023-5% | Fonte: report DiSaR cod. SIFI-G016-Monitoraggio attività prescrittiva - Sintesi |
| 10 | 3 1 | Governo delle liste di attesa | A | Organizzazione di incontri periodici sull'andamento delle liste di attesa con le Direzioni dei Distretti | 2 incontri annui | Obiettivo condiviso tra Direzioni dei Distretti e UOSVD Governo Liste di Attesa |

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 della Sezione "Anticorruzione e Trasparenza del PIAO" | M | Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione | Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dalla Sezione "Anticorruzione e Trasparenza" del PIAO e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura | Certificato da RPCT |
| 4 | 3 | Attuazione della Sezione "Anticorruzione e Trasparenza del PIAO" | M | Rispetto della Normativa in materia di Trasparenza | Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui alla Sezione "Anticorruzione e Trasparenza" del PIAO | 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 30/09/2024 | |
| 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 | 55% della popolazione bersaglio | Obiettivo condiviso tra UOSVD Screening Cervice Uterina e Distretti. Subordinato alla integrazione della dotazione organica e agli adeguamenti strutturali dei Consulteri |
| 8 | 2 | Comunicazione istituzionale | B | Invio dei dati all'URP per l'aggiornamento del Portale aziendale | Invio quadrimestrale dei dati | Certificato dall'U.O. Servizio di Informazione e Comunicazione istituzionale |
| 9 | # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Spesa farmaceutica convenzionata (al lordo del payback ed al netto del ticket) per popolazione pesata normalizzata OSMED | 2024 = 2023-5% | Fonte: report DiSaR cod. SIFI-G016-Monitoraggio attività prescrittiva - Sintesi |
| 10 | 3 1 | Governo delle liste di attesa | A | Organizzazione di incontri periodici sull'andamento delle liste di attesa con le Direzioni dei Distretti | 2 incontri annui | Obiettivo condiviso tra Direzioni dei Distretti e UOSVD Governo Liste di Attesa |

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 della Sezione "Anticorruzione e Trasparenza del PIAO" | M | Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione | Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dalla Sezione "Anticorruzione e Trasparenza" del PIAO e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura | Certificato da RPCT |
| 4 | 3 | Attuazione della Sezione "Anticorruzione e Trasparenza del PIAO" | M | Rispetto della Normativa in materia di Trasparenza | Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui alla Sezione "Anticorruzione e Trasparenza" del PIAO | 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 30/09/2024 | |
| 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 | 55% della popolazione bersaglio | Obiettivo condiviso tra UOSVD Screening Service Uterina e Distretti. Subordinato alla integrazione della dotazione organica e agli adeguamenti strutturali dei Consulteri |
| 8 | 2 | Comunicazione istituzionale | B | Invio dei dati all'URP per l'aggiornamento del Portale aziendale | Invio quadrimestrale dei dati | Certificato dall'U.O. Servizio di Informazione e Comunicazione istituzionale |
| 9 | # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Spesa farmaceutica convenzionata (al lordo del payback ed al netto del ticket) per popolazione pesata normalizzata OSMED | 2024 = 2023-5% | Fonte: report DiSaR cod. SIFI-G016-Monitoraggio attività prescrittiva - Sintesi |
| 10 | 3 1 | Governo delle liste di attesa | A | Organizzazione di incontri periodici sull'andamento delle liste di attesa con le Direzioni dei Distretti | 2 incontri annui | Obiettivo condiviso tra Direzioni dei Distretti e UOSVD Governo Liste di Attesa |

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 della Sezione "Anticorruzione e Trasparenza del PIAO" | M | Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione | Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dalla Sezione "Anticorruzione e Trasparenza" del PIAO e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura | Certificato da RPCT |
| 4 | 3 | Attuazione della Sezione "Anticorruzione e Trasparenza del PIAO" | M | Rispetto della Normativa in materia di Trasparenza | Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui alla Sezione "Anticorruzione e Trasparenza" del PIAO | 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 30/09/2024 | |
| 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 | 55% della popolazione bersaglio | Obiettivo condiviso tra UOSVD Screening Service Uterina e Distretti. Subordinato alla integrazione della dotazione organica e agli adeguamenti strutturali dei Consulteri |
| 8 | 2 | Comunicazione istituzionale | B | Invio dei dati all'URP per l'aggiornamento del Portale aziendale | Invio quadrimestrale dei dati | Certificato dall'U.O. Servizio di Informazione e Comunicazione istituzionale |
| 9 | # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Spesa farmaceutica convenzionata (al lordo del payback ed al netto del ticket) per popolazione pesata normalizzata OSMED | 2024 = 2023-5% | Fonte: report DiSaR cod. SIFI-G016-Monitoraggio attività prescrittiva - Sintesi |
| 10 | 3 1 | Governo delle liste di attesa | A | Organizzazione di incontri periodici sull'andamento delle liste di attesa con le Direzioni dei Distretti | 2 incontri annui | Obiettivo condiviso tra Direzioni dei Distretti e UOSVD Governo Liste di Attesa |

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 della Sezione "Anticorruzione e Trasparenza del PIAO" | M | Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione | Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dalla Sezione "Anticorruzione e Trasparenza" del PIAO e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura | Certificato da RPCT |
| 4 | 3 | Attuazione della Sezione "Anticorruzione e Trasparenza del PIAO" | M | Rispetto della Normativa in materia di Trasparenza | Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui alla Sezione "Anticorruzione e Trasparenza" del PIAO | 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 30/09/2024 | |
| 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 | 55% della popolazione bersaglio | Obiettivo condiviso tra UOSVD Screening Service Uterina e Distretti. Subordinato alla integrazione della dotazione organica e agli adeguamenti strutturali dei Consulteri |
| 8 | 2 | Comunicazione istituzionale | B | Invio dei dati all'URP per l'aggiornamento del Portale aziendale | Invio quadrimestrale dei dati | Certificato dall'U.O. Servizio di Informazione e Comunicazione istituzionale |
| 9 | # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Spesa farmaceutica convenzionata (al lordo del payback ed al netto del ticket) per popolazione pesata normalizzata OSMED | 2024 = 2023-5% | Fonte: report DiSaR cod. SIFI-G016-Monitoraggio attività prescrittiva - Sintesi |
| 10 | 3 1 | Governo delle liste di attesa | A | Organizzazione di incontri periodici sull'andamento delle liste di attesa con le Direzioni dei Distretti | 2 incontri annui | Obiettivo condiviso tra Direzioni dei Distretti e UOSVD Governo Liste di Attesa |

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 della Sezione "Anticorruzione e Trasparenza del PIAO" | M | Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione | Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dalla Sezione "Anticorruzione e Trasparenza" del PIAO e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura | Certificato da RPCT |
| 4 | 3 | Attuazione della Sezione "Anticorruzione e Trasparenza del PIAO" | M | Rispetto della Normativa in materia di Trasparenza | Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui alla Sezione "Anticorruzione e Trasparenza" del PIAO | 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 30/09/2024 | |
| 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 | 55% della popolazione bersaglio | Obiettivo condiviso tra UOSVD Screening Service Uterina e Distretti. Subordinato alla integrazione della dotazione organica e agli adeguamenti strutturali dei Consulteri |
| 8 | 2 | Comunicazione istituzionale | B | Invio dei dati all'URP per l'aggiornamento del Portale aziendale | Invio quadrimestrale dei dati | Certificato dall'U.O. Servizio di Informazione e Comunicazione istituzionale |
| 9 | # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Spesa farmaceutica convenzionata (al lordo del payback ed al netto del ticket) per popolazione pesata normalizzata OSMED | 2024 = 2023-5% | Fonte: report DiSaR cod. SIFI-G016-Monitoraggio attività prescrittiva - Sintesi |
| 10 | 3 1 | Governo delle liste di attesa | A | Organizzazione di incontri periodici sull'andamento delle liste di attesa con le Direzioni dei Distretti | 2 incontri annui | Obiettivo condiviso tra Direzioni dei Distretti e UOSVD Governo Liste di Attesa |

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 della Sezione "Anticorruzione e Trasparenza del PIAO" | M | Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione | Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dalla Sezione "Anticorruzione e Trasparenza" del PIAO e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura | Certificato da RPCT |
| 4 | 3 | Attuazione della Sezione "Anticorruzione e Trasparenza del PIAO" | M | Rispetto della Normativa in materia di Trasparenza | Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui alla Sezione "Anticorruzione e Trasparenza" del PIAO | 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 30/09/2024 | |
| 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 | 55% della popolazione bersaglio | Obiettivo condiviso tra UOSVD Screening Service Uterina e Distretti. Subordinato alla integrazione della dotazione organica e agli adeguamenti strutturali dei Consulteri |
| 8 | 2 | Comunicazione istituzionale | B | Invio dei dati all'URP per l'aggiornamento del Portale aziendale | Invio quadrimestrale dei dati | Certificato dall'U.O. Servizio di Informazione e Comunicazione istituzionale |
| 9 | # 1 | Misure per il contenimento della spesa farmaceutica | M | Spesa farmaceutica convenzionata (al lordo del payback ed al netto del ticket) per popolazione pesata normalizzata OSMED | 2024 = 2023 | Fonte: report DiSaR cod. SIFI-G016-Monitoraggio attività prescrittiva - Sintesi |
| 10 | 3 1 | Governo delle liste di attesa | A | Organizzazione di incontri periodici sull'andamento delle liste di attesa con le Direzioni dei Distretti | 2 incontri annui | Obiettivo condiviso tra Direzioni dei Distretti e UOSVD Governo Liste di Attesa |

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

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 | 3 | Attuazione della Sezione "Anticorruzione e Trasparenza del PIAO" | M | Rispetto della Normativa in materia di Anticorruzione | Rispetto delle misure di prevenzione assegnate alla Macrostruttura dalla Sezione "Anticorruzione e Trasparenza" del PIAO e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura | Certificato da RPCT |
| 3 | 3 | Attuazione della Sezione "Anticorruzione e Trasparenza del PIAO" | M | Rispetto della Normativa in materia di Trasparenza | Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui alla Sezione "Anticorruzione e Trasparenza" del PIAO | Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 |
| 4 | 1 3 | Efficienza organizzativa | M | Gestione centralizzata e standardizzazione delle procedure tese alla gestione del budget per i contributi erogati ad assistiti aventi diritto agli adattamenti agli strumenti di guida, rif. DGR 455/2022 | Autorizzazione e Monitoraggio delle liquidazioni effettuate dai DD.SS.SS./Strutture coinvolte nell'erogazione dei contributi | Note di autorizzazione del contributo |
| 5 | 1 3 | Efficienza organizzativa | M | Gestione centralizzata e standardizzazione delle procedure tese alla gestione del budget per i contributi alle spese sanitarie sostenute dai cittadini con disturbi dello spettro autistico (art. 72 comma 4 L.R. n° 32/2022 e D.G.R. N° 1086/2023) | Definizione delle graduatorie bimestrali di accesso al contributo e liquidazione centralizzata degli stessi | Note di autorizzazione a seguito di graduatoria e liquidazione centralizzata |
| 6 | 3 | Efficienza organizzativa | M | Gestione centralizzata e monitoraggio dello stato di avanzamento delle valutazioni sanitarie da parte dei DSS relative alle domande per accedere al Sostegno Familiare e al Patto di cura 2023-2024 | Monitoraggio dello stato di avanzamento delle valutazioni sanitarie da parte dei Distretti | Numero di rendiconti inviati |
| 7 | 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 ALLA Relazione finale Note di protocollo degli invii |
| 8 | 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 provvedimento adottati e gestione in rilevaione presenze delle risorse |
| 9 | 1 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) |
| 10 | 1 3 | Efficienza organizzativa | M | Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale | Riscontro entro 15 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo | Certificato dal Direttore Amministrativo Aziendale |
| 11 | 3 | Efficienza organizzativa | M | Coordinamento nelle attività Dipartimentali per la predisposizione del Piano degli Investimenti anno 2025 | Riscontro nei termini previsti dalla richiesta dell'I.C. | Nota di riscontro |
| 12 | 3 | Efficienza organizzativa | M | Indizione Avvisi UU.OO.SS Distrettuali | Attività di Supporto nella gestione degli Avvisi Pubblici nel caso di nuove ulteriori procedure nel corso 2024 per strutture vacanti su indicazione della Direzione Strategica | Attività di Pubblicazione Istanze |

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

DIPARTIMENTO Dipartimento di Assistenza Territoriale

UNITA' OPERATIVA **UOC Cure Palliative**

| N. | Prosp. BSC * | Descrizione | Peso ** | Indicatore | Target | Note |
|----|--------------|---------------------|---------|---|--|--|
| 1 | 3 | Clinical governance | M | Elaborazione di progetto formativo teorico-pratico per il personale ADI, MMG e PLS relativo alle attività da svolgere nell'assistenza domiciliare di pazienti con malattia rara | Elaborazione presentazione del Progetto formativo alla Direzione Sanitaria entro il 30/06/2024 | Nella Relazione finale allegare documentazione. Obiettivo condiviso tra Centro Territoriale Malattie Rare e U.O. Cure Palliative |
| 2 | 3 | Formazione | B | Organizzazione di evento formativo rivolto a personale medico e di comparto della ASL | Almeno un evento | Nella Relazione finale indicare data, sede, argomento e partecipanti. |
| 3 | 3 | Clinical governance | M | Elaborazione di procedura per la gestione dell'emergenza in pazienti pediatrici con patologia cronica o rara complessa o in fase terminale | Invio della procedura all'U.O. Gestione del Rischio Clinico | Nella Relazione finale allegare documentazione relativa all'invio.. Obiettivo condiviso tra Centro Territoriale Malattie Rare e U.O. Cure Palliative |

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ESERCIZIO 2024

DIPARTIMENTO Dipartimento di Assistenza Territoriale

UNITA' OPERATIVA **UOC Medicina Penitenziaria**

| N. | Prosp. BSC * | Descrizione | Peso ** | Indicatore | Target | Note |
|----|--------------|---------------------|---------|--|--|--|
| 1 | 3 | Clinical governance | A | Elaborazione di protocollo per la gestione dell' Emergenza/Urgenza Cardio-vascolare | Invio del protocollo all'U.O. Gestione del Rischio Clinico | Obiettivo in collaborazione con il Servizio di Emergenza Urgenza territoriale. Allegare alla Relazione finale la documentazione dell'invio all'UO gestione del Rischio Clinico |
| 2 | 3 | Clinical governance | A | Elaborazione di protocollo per la gestione dell' Emergenza/Urgenza Neuro-vascolare | Invio del protocollo all'U.O. Gestione del Rischio Clinico | Allegare mail di invio alla Relazione finale |
| 3 | 3 | Clinical governance | B | Elaborazione di protocollo per la gestione della Sindrome Metabolica rivolto all'inquadramento diagnostico e strategie terapeutiche, nutrizionali e farmacologiche e sugli stili di vita all'interno dell'Istituto Penitenziario di Bari | Invio del protocollo all'U.O. Gestione del Rischio Clinico | Allegare mail di invio alla Relazione finale |
| 4 | 3 | Clinical governance | B | Avvio campagna vaccinale HSV e Antitetanica | Invio di Relazione alla Direzione Sanitaria | Allegare mail di invio alla Relazione finale |

Il raggiungimento di tutti gli obiettivi riguarda l'intera equipe. Il Direttore della U.O. si impegna a comunicare e discutere gli obiettivi con l'intera equipe (dirigenza e comparto) e definire il Piano Operativo.

Gli obiettivi potrebbero essere rimodulati nel corso dell'anno qualora intervengano variazioni organizzative aziendali, normative e/o assegnazioni di obiettivi regionali.

* rif.: D.D.G. N.2202 del 30/11/2017

** Valore Peso: Alto = 1 Medio = 0.5 Basso = 0.25

L'obiettivo con il simbolo # si intende raggiunto con una tolleranza del 5% della differenza percentuale tra risultato raggiunto e target

Sottoscritta nel Dicembre 2023

DIRETTORE DIPARTIMENTO

DIRETTORE GENERALE