

**DIPARTIMENTO**

Dipartimento di Riabilitazione

**UNITA' OPERATIVA**
**UOSVD Riabilitazione Sovradistrettuale - Area Molfetta-Corato-Bitonto-Grumo Appula-Altamura**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Formazione	B	Organizzazione di eventi formativi per il personale del Dipartimento	Realizzazione di almeno due eventi formativi entro il 31/12/2025	Nella Relazione finale indicare data, luogo, sede e N. dipendenti formati
2	3	Efficienza organizzativa	M	Organizzazione di incontri periodici con i MMG sull'appropriatezza prescrittiva in ambito riabilitativo	2 incontri annui	Allegare alla Relazione finale il verbale degli incontri
3	3	Clinical governance	A	Realizzazione di sopralluoghi di verifica di appropriatezza della presa in carico e setting riabilitativo adottato con i P.R.I.	N. 2 sopralluoghi annuali presso ciascun ambulatorio riabilitativo con verifica a campione	Allegare alla Relazione finale il report riepilogativo
4	3	Clinical governance	A	Realizzazione di Protocollo per la presa in carico e setting dei pazienti fragili	Invio del Protocollo alla Direzione Strategica	Nella Relazione finale allegare la documentazione dell'invio
5	3	Formazione	B	Realizzazione di un evento formativo su "Gestione del dolore cronico"	Un evento	Nella Relazione finale indicare data, luogo, sede dell'evento

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2025

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Formazione	B	Organizzazione di eventi formativi per il personale del Dipartimento	Realizzazione di almeno due eventi formativi entro il 31/12/2025	Nella Relazione finale indicare data, luogo, sede e N. dipendenti formati
2	3	Efficienza organizzativa	M	Organizzazione di incontri periodici con i MMG sull'appropriatezza prescrittiva in ambito riabilitativo	2 incontri annui	Allegare alla Relazione finale il verbale degli incontri
3	3	Clinical governance	A	Realizzazione di sopralluoghi di verifica di appropriatezza della presa in carico e setting riabilitativo adottato con i P.R.I.	N. 2 sopralluoghi annuali presso ciascun ambulatorio riabilitativo con verifica a campione	Allegare alla Relazione finale il report riepilogativo
4	3	Clinical governance	A	Realizzazione di Protocollo per la presa in carico e setting dei pazienti fragili	Invio del Protocollo alla Direzione Strategica	Nella Relazione finale allegare la documentazione dell'invio
5	3	Formazione	B	Realizzazione di un evento formativo su "Gestione del dolore cronico"	Un evento	Nella Relazione finale indicare data, luogo, sede dell'evento
6	3	Formazione	B	Realizzazione di Corso di formazione annuale ECM rivolto ai Fisioterapisti del Dipartimento	Organizzazione Corso nel 2025	Nella Relazione finale indicare data, luogo, sede dell'evento

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2025

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**DIPARTIMENTO**

Dipartimento di Riabilitazione

**UNITA' OPERATIVA**
**UOSVD Riabilitazione Sovradistrettuale - Area Triggiano-Mola di Bari-Monopoli-Gioia del Colle-Putignano**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Formazione	B	Organizzazione di eventi formativi per il personale del Dipartimento	Realizzazione di almeno due eventi formativi entro il 31/12/2025	Nella Relazione finale indicare data, luogo, sede e N. dipendenti formati
2	3	Efficienza organizzativa	M	Organizzazione di incontri periodici con i MMG sull'appropriatezza prescrittiva in ambito riabilitativo	2 incontri annui	Allegare alla Relazione finale il verbale degli incontri
3	3	Clinical governance	A	Realizzazione di sopralluoghi di verifica di appropriatezza della presa in carico e setting riabilitativo adottato con i P.R.I.	N. 2 sopralluoghi annuali presso ciascun ambulatorio riabilitativo con verifica a campione	Allegare alla Relazione finale il report riepilogativo
4	3	Clinical governance	M	Organizzazione di evento pubblico divulgativo con pubblicazione di brochure informativa	Organizzazione di un evento pubblico informativo e pubblicazione di brochure informativa entro il 31/12/2025	Nella Relazione finale indicare data, luogo, sede dell'evento e copia della brochure
5	3	Formazione	B	Realizzazione di un evento formativo su "Gestione del dolore cronico"	Un evento	Nella Relazione finale indicare data, luogo, sede dell'evento
6	3	Clinical governance	A	Realizzazione di Protocollo per la presa in carico e setting dei pazienti fragili	Invio del Protocollo alla Direzione Strategica	Nella Relazione finale allegare la documentazione dell'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 Gennaio 2025

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**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 2024	Predisposizione Bozza Bilancio di Genere entro il 31/12/2025	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 31/12/2025	
7	3	Efficienza organizzativa	A	Proposta di regolamento per graduazione e conferimenti incarichi di Dirigenza P.T.A.	Invio bozza della proposta di Regolamento alla Direzione Strategica entro il 31/12/2025	
8	3	Efficienza organizzativa	A	Proposta di piattaforma di contratto integrativo aziendale 2025 – Area Sanità	Entro il 31/12/2025	
9	3	Efficienza organizzativa	A	Espletamento delle procedure di conferimento di incarico di direzione di strutture complesse	Conclusioni di almeno 6 procedure, comprensive degli avvisi di conferimento incarico di sostituzione, a tempo determinato, di Direttore di SC, entro il 31/12/2025 con adozione di deliberazione D.G. di conferimento incarico	Allegare elenco D.D.G. alla Relazione finale
10	3	Efficienza organizzativa	A	Riconoscimento indennità di personale di studio ai MMG aderenti alle A.F.T. – AIR 2024	> 90%	
12	3	Efficienza organizzativa	A	Quantificazione e liquidazione residui fondi Dirigenza-Area Sanità relativi agli anni 2021-2022-2023-2024	Liquidazione entro il 31/12/2025	

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 Gennaio 2025

Rimodulata nel Settembre 2024

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE AREA**

**DIRETTORE GENERALE**

**DIPARTIMENTO** Dipartimento Amministrativo

**UNITA' OPERATIVA** UOC Area Gestione Risorse Finanziarie

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Attuazione 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 MOSS 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	3	Efficienza organizzativa	A	Redazione Bilancio di Genere 2024	Predisposizione Bozza Bilancio di Genere entro il 31/12/2025	Obiettivo condiviso tra AGRF, AGRU e Controllo di Gestione
6	1	Monitoraggio attività libero professionale	A	Predisposizione CE ALPI 1 Semestre 2025	Predisposizione entro il 30/09/2025	Obiettivo condiviso tra AGRF e Controllo di Gestione
7	1	Certificazione dei Bilanci	A	Completamento del Percorso Attuativo Certificabilità dei Bilanci	Certificazione Bilancio di Esercizio 2024	
8	3	Efficienza organizzativa	M	Censimento delle attività amministrative trasversali SBL-AGRF ai fini deflattivi del relativo contenzioso	Deliberazione entro il 31/12/2025	Obiettivo in comune tra AGRF e SBL

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2025

Rimodulata nel Settembre 2024

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE AREA**

**DIRETTORE GENERALE**

**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 FESR nella Piattaforma MirWeb della documentazione relativa alle acquisizioni finanziate	Copia da allegare alla Relazione finale
6	3	Efficienza organizzativa	A	P.N.R.R.: Avvio e cantierizzazione di almeno il 50% di tutti gli interventi inerenti le Case di Comunità e gli Ospedali di Comunità	Entro il 30/09/2025	
7	3	Efficienza organizzativa	A	Indizione ed aggiudicazione della procedura di gara per il servizio di conduzione, manutenzione ordinaria e straordinaria degli impianti termici e di climatizzazione della ASL BA	Entro il 31/12/2025	
8	3	Efficienza organizzativa	A	Indizione ed aggiudicazione della procedura di gara per il servizio di conduzione, manutenzione ordinaria e straordinaria degli impianti elevatori della ASL BA	Entro il 31/12/2025	
9	3	Efficienza organizzativa	A	Completamento Nuovo Ospedale Monopoli-Fasano: Cantierizzazione, Avvio e conclusione dell'appalto dei lavori e forniture delle sale operatorie	Certificato di ultimazione lavori entro il 31/12/2025	Obiettivo condiviso tra AGT e Ingegneria Clinica
10	3	Efficienza organizzativa	A	Completamento Nuovo Ospedale Monopoli-Fasano: Cantierizzazione, Avvio e conclusione dell'appalto dei lavori e forniture di radiodiagnostica	Certificato di ultimazione lavori entro il 31/12/2025	Obiettivo condiviso tra AGT e Ingegneria Clinica
11	3	Efficienza organizzativa	A	Patrimonio Immobiliare in locazione; Ottimizzazione degli immobili in locazione nel comune di Acquaviva delle Fonti	Sottoscrizione di nuovi contratti con evidenza degli elementi a vantaggio dell'Amministrazione Entro il 31/12/2025	
12	3	Efficienza organizzativa	A	Programma Investimenti ex art. 20 L. 67/88 - redazione capitolati per le apparecchiature presenti nel quadro economico del progetto sia per il PO Di Venere che per il PO San Paolo.	Scadenza Dicembre 2025	Obiettivo condiviso tra AGT e Ingegneria Clinica, rispettivamente per l'esecuzione dei lavori e l'installazione delle apparecchiature.

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2025

Rimodulata nel Settembre 2024

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE AREA**

**DIRETTORE GENERALE**

**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'AGP e della UOASSI, nell'acquisizione di beni e servizi HW e SW	Invio protocollo Operativo alla Direzione Strategica entro il 30/06/2025	Obiettivo condiviso tra AGP e UOASSI
6	3	Efficienza organizzativa	A	P.N.R.R.: Supporto al gruppo di lavoro aziendale per le attività richieste dalla Regione	Invio monitoraggio periodico al Referente aziendale	
4						
8	3	Efficienza organizzativa	A	Gara per la fornitura di sistemi per stoccaggio e distribuzione farmaci e dispositivi destinati al nuovo Ospedale Monopoli-Fasano	Delibera indizione entro il 31/08/2025	

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 Gennaio 2025

Rimodulata nel Settembre 2024

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE AREA**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture	Giorni liquidazione fattura ≤ 40 dalla registrazione	Obiettivo rimodulabile in corso d'anno sulla base degli esiti previsti dalla Legge N.145/2018 e D.G.R. N. 1487/2019Certificato 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	Predisposizione contratti nei limiti del tetto di spesa (fondo di remunerazione) definito annualmente dalla Regione e in conformità con la Delibera aziendale di assegnazione dei tetti alle strutture accreditate	Nella Relazione finale allegare documentazione relativa
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 31/12/2025	Con la collaborazione di DSS, DSM, DDP, NPIA
6	3	Efficienza organizzativa	M	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale	Riscontro entro 15 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo	Certificato dal Direttore Amministrativo Aziendale
7	3	Efficienza 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 50% 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 31/12/2025	Obiettivo in comune tra U.O. Servizio Sociosanitario, U.O. Programmazione, innovazione e continuità ospedale-territorio e U.O.S.E.
8	3	Efficienza operativa	A	Audit semestrali con le strutture private accreditate e contrattualizzate per la verifica dell' esecuzione delle prescrizioni contrattuali e di legge, per la definizione di appositi protocolli attuativi e Best Practices da implementare uniformemente	Trasmissione verbali degli audit alla Direzione Sanitaria Aziendale e al Direttore del Dipartimento Governo della Domanda e dell'Offerta Sanitaria entro il 31/12/2025	

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 Gennaio 2025

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	4	Efficienza organizzativa	A	Aggiornamento dei DVR dei PP.OO	nr.1 aggiornamento all'anno per una sola struttura. Delibera di Adozione dell'aggiornamento	Copia dei DVR
2	4	Efficienza organizzativa	A	Aggiornamento dei DVR dei Distretti	nr.1 aggiornamento all'anno per una sola struttura. Delibera di Adozione dell'aggiornamento	Copia dei DVR
3	4	Efficienza organizzativa	A	Aggiornamento dei DVR dei Dipartimenti Territoriali	nr.1 aggiornamento all'anno per una sola struttura. Delibera di Adozione dell'aggiornamento	Copia dei DVR
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	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
6	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
7	3	Efficienza organizzativa	M	Audit reattivi a seguito di aggressioni del personale	Relazione annuale sull'andamento delle aggressioni da inviare alla Direzione Generale	Nella Relazione finale allegare documentazione dell'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 Gennaio 2025

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**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	4	Efficienza organizzativa	A	Aggiornamento DVR Presidi Ospedalieri: sopralluoghi presso i presidi ospedalieri oggetto dell'aggiornamento del DVR; individuazione delle sorgenti di rischio; valutazione dei rischi e dei conseguenti livelli di esposizione; aggiornamento del DVR	nr.1 aggiornamento all'anno per una sola struttura. Delibera di Adozione dell'aggiornamento	Copia dei DVR
4	4	Efficienza organizzativa	A	Aggiornamento DVR dei Distretti: sopralluoghi presso i Distretti Socio Sanitari oggetto dell'aggiornamento del DVR; individuazione delle sorgenti di rischio; valutazione dei rischi e dei conseguenti livelli di esposizione; aggiornamento del DVR	nr.1 aggiornamento all'anno per una sola struttura. Delibera di Adozione dell'aggiornamento	Copia dei DVR
5	4	Efficienza organizzativa	A	Aggiornamento DVR dei Dipartimenti: sopralluoghi presso le strutture del Dip. Territoriale oggetto dell'aggiornamento del DVR; individuazione delle sorgenti di rischio; valutazione dei rischi e dei conseguenti livelli di esposizione; aggiornamento del DVR	nr.1 aggiornamento all'anno per una sola struttura. Delibera di Adozione dell'aggiornamento	Copia dei DVR
6	3	Potenziamento 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
7	3	Formazione	B	Formazione sulla sicurezza sul lavoro per il personale della UOC: organizzazione di eventi su nuovi temi	Organizzazione di due eventi	Nella Relazione finale indicare data, sede, argomento e partecipanti
8	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
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 partecipanti
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 Gennaio 2025

Rimodulata nel Settembre 2024

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

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	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
4	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 della mail o protocollo di ricezione e la data della mail o protocollo di invio
5	3 4	Formazione	B	Promozione di corsi di formazione su Consenso Informato e Responsabilità Professionale	Almeno n. 4 Edizioni	Relazione finale e organizzazione da parte dell'UOS Formazione
6	3 4	Formazione	B	Promozione corsi di formazione sulla Implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali n.13 aggiornata	Almeno n. 2 Edizioni	Relazione finale a cura della UOS Formazione
7	3	Clinical governance	A	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n.13 aggiornata	Elaborazione format di indicatori del monitoraggio da inviare alle Unità Operative	Report trimestrale da parte delle UO coinvolte all'UO di Rischio Clinico che redige il report finale da inviare al Controllo di Gestione.
8	3	Clinical governance	A	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n.2 e Checklist di Sala Operatoria	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.

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2025

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**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	P.N.R.R.: Supporto al gruppo di lavoro aziendale per le attività richieste dalla Regione	Monitoraggio periodico mensile inviato all'AGP.	
6	4	Efficienza organizzativa	A	Completamento Nuovo Ospedale Monopoli-Fasano: fornitura, installazione e collaudo dell'80% circa, delle apparecchiature elettromedicali aggiudicate per il lotto 2 e per il lotto 3.	Scadenza Dicembre 2025	
7	3	Efficienza organizzativa	A	Programma Investimenti ex art. 20 L. 67/88 - redazione capitolati per le apparecchiature presenti nel quadro economico del progetto sia per il PO Di Venere che per il PO San Paolo.	Scadenza Dicembre 2025	Obiettivo condiviso tra AGT e Ingegneria Clinica, rispettivamente per l'esecuzione dei lavori e l'installazione delle apparecchiature.
8	3	Efficienza organizzativa	M	Alimentazione flusso informativo grandi apparecchiature sanitarie sul portale NSIS - Alimentato trimestrale ed invio annuale al Ministero per il flusso delle grandi apparecchiature.	Scadenza Dicembre 2025	
9	3	Efficienza organizzativa	A	Completamento Nuovo Ospedale Monopoli-Fasano: Cantierizzazione, Avvio e conclusione dell'appalto dei lavori e forniture delle sale operatorie	Certificato di ultimazione lavori entro il 31/12/2025	Obiettivo condiviso tra AGT, Ingegneria Clinica
10	3	Efficienza organizzativa	A	Completamento Nuovo Ospedale Monopoli-Fasano: Cantierizzazione, Avvio e conclusione dell'appalto dei lavori e forniture di radiodiagnostica	Certificato di ultimazione lavori entro il 31/12/2025	Obiettivo condiviso tra AGT e Ingegneria Clinica

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2025

Rimodulata nel Settembre 2024

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture	Giorni liquidazione fattura ≤ 40 dalla registrazione	Obiettivo rimodulabile in corso d'anno sulla base degli esiti previsti dalla Legge N.145/2018 e D.G.R. N. 1487/2019Certificato dall'AGRF
2	3	Attuazione 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'AGP e della UOASSI, nell'acquisizione di beni e servizi HW e SW	Invio protocollo Operativo alla Direzione Strategica entro il 30/06/2025	Obiettivo condiviso tra AGP e UOASSI
6	3	Sanità digitale	A	Aggiornamento regolamento di struttura per l'uso delle Postazioni di Lavoro (PdL) e dei servizi ICT nella ASL di Bari	Regolamento sottoscritto e approvato entro il 30/09/2025	
7	3	Sanità digitale	A	Completamento attivazione Software di Gestione della Rete Trasfusionale	Completamento gestione informatizzata tra Centri Trasfusionali e UU.OO. Di Patologia Clinica	Obiettivo comune tra UU.OO. Trasfusionali, Patologia Clinica 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 Gennaio 2025

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

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 31/01/2025	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 31/01/2025	
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	
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 50% 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 31/12/2025	Obiettivo in comune tra U.O. Servizio Sociosanitario, U.O. Programmazione, innovazione e continuità ospedale-territorio e U.O.S.E.

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2025

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**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	10% per ogni Struttura	
2	3	Appropriatezza delle prestazioni sanitarie	M	Controllo su ricoveri con T.C., 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 annuale sulle attività svolte	Trasmissione di n.1 report annuale alla Direzione Sanitaria Aziendale	Nota di trasmissione da allegare alla Relazione finale
10	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
11	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 Gennaio 2025

Rimodulata nel Settembre 2024

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**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	Formazione	B	Organizzazione di eventi formativi per i Referenti aziendali (referenti distrettuali e farmacisti territoriali) della Rete Malattie Rare	Almeno due eventi	Nella Relazione finale indicare data, sede, argomento e partecipanti.
2	3	Clinical governance	M	Elaborazione di percorso aziendale di posizionamento PEG di primo impianto e prima sostituzione per i pazienti Fragili e Rari in collaborazione con UOC Cure Palliative e UOC Gastroenterologia P.O. San Paolo.	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, U.O. Gastroenterologia P.O. San Paolo e U.O. Cure Palliative
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 2025 > 2024	
4	3	Miglioramento della qualità assistenziale	A	Implementazione dell'ambulatorio di Cure Palliative di Grumo Appula con attivazione Ambulatorio Infermieristico di Cure Simultanee per Malati Rari e Fragili (come da Del. 1252 del 15 luglio 2019).		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 Gennaio 2025

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**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	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 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
6	1	Efficienza operativa	A	Realizzazione del progetto "percorsi di tutela della ASL BA" in favore di pazienti oncologici, disabili gravissimi e pazienti con codice esenzione 046 (SMA, SLA, Sclerosi Multipla)	Predisposizione di atti per il coinvolgimento delle strutture private accreditate per l'erogaz. di prestazioni di diagnostica strumentale da riservare ai percorsi di tutela, in base al fabbisogno elaborato dal C.O.R.O. e della Direzione Sanitaria	Obiettivo in comune tra Programmazione, innovazione e continuità ospedale-territorio, UOGRC e RULA. Allegare alla relazione finale la documentazione relativa
7	3	Efficienza operativa	B	Realizzazione e pubblicazione dell'elenco dettagliato (Denominazione Struttura, Indirizzo, Comune, CAP, Telefono) delle Strutture Private Accreditate di competenza UOGRC	Aggiornamento dell'elenco dettagliato delle Strutture Private Accreditate di competenza UOGRC	Certificato da URP aziendale
8	1	Efficienza operativa	A	Sottoscrizione accordi contrattuali con le strutture private provvisoriamente accreditate per PMA in conformità alle disposizioni Regionali	Predisposizione Atti	Riferimento DGR. 877 del 20/06/2025

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 Gennaio 2025

Rimodulata nel Settembre 2024

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Comunicazione istituzionale	M	Organizzazione di eventi aziendali	Almeno 2 eventi	Anche con l'utilizzo di modalità a distanza
2	2	Comunicazione istituzionale	A	Standardizzazione dei dati e delle informazioni per l'aggiornamento delle pagine web sul Portale Istituzionale Aziendale	Ricezione e gestione quadrimestrale dei dati	
3	2	Potenziamento screening oncologici	A	Campagna di comunicazione per la diffusione degli screening oncologici (cervice, mammella e colon) e delle vaccinazioni	Predisposizione materiale informativo cartaceo e utilizzo canali informatici (portale istituzionale e social media)	In collaborazione con il Dipartimento di Prevenzione Allegare documentazione alla Relazione conclusiva
4	2	Comunicazione istituzionale	B	Gestione diretta dei Social Network aziendali Facebook, Twitter, Instagram	Relazione	
5	2	Comunicazione istituzionale	A	Gestione dei reclami/segnalazioni ed elogi	Produzione documento annuale con analisi dei reclami/segnalazioni classificati per U.O. interessata	
6	3	Governance aziendale	A	Riorganizzazione della Rete Referenti URP	Proposta di Delibera e nomina Referenti	Allegare la documentazione alla Relazione finale
7	3	Comunicazione istituzionale	M	Monitoraggio per la valutazione della presenza della ASL sui media - Analisi qualitativa del sentiment e delle menzioni/citazioni	Relazione alla Direzione Strategica	Allegare la documentazione alla Relazione finale
8	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
9	4	Comunicazione istituzionale	A	Analisi e revisione dei contenuti al fine della migrazione dati verso nuovo sito ASL Bari - Portale PugliaSalute	Relazione alla Direzione Strategica con materiale delle fasi di attività	Allegare la documentazione alla Relazione finale
10	3	Governance aziendale	A	Gestione istanze esercizio di diritti e data-breach	Report annuale	
11	3	Formazione	B	Organizzazione eventi formativi in presenza e/o on line in materia di privacy	Almeno 2 eventi	
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 strutture aziendali	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 Gennaio 2025

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**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	Efficienza organizzativa	A	Proposta di regolamento aziendale per la gestione delle liste d'attesa	Invio bozza della proposta di Regolamento alla Direzione Strategica entro il 31/12/2025	
2	3	Governo delle liste di attesa	A	Organizzazione di incontri periodici sull'andamento delle liste di attesa con le Direzioni Mediche di Presidio	1 incontri annuo	Obiettivo condiviso tra Direzioni Mediche di Presidio e UOSVD Governo Liste di Attesa
3	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, di cui 1 con la partecipazione delle UDMG e UDPLS	Obiettivo condiviso tra Direzioni dei Distretti e UOSVD Governo Liste di Attesa
4	1	Efficienza operativa	A	Realizzazione del progetto "percorsi di tutela della ASL BA" in favore di pazienti oncologici, disabili gravissimi e pazienti con codice esenzione 046 (SMA, SLA, Sclerosi Multipla)	Predisposizione di atti per il coinvolgimento delle strutture private accreditate per l'erogaz. di prestazioni di diagnostica strumentale da riservare ai percorsi di tutela, in base al fabbisogno elaborato dal C.O.R.O. e della Direzione Sanitaria	Obiettivo in comune tra Programmazione, innovazione e continuità ospedale-territorio, UOGRC e RULA. Allegare alla relazione finale la documentazione relativa
5	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 Gennaio 2025

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	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 50% 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 31/12/2025	Obiettivo in comune tra U.O. Servizio Sociosanitario, U.O. Programmazione, innovazione e continuità ospedale-territorio e U.O.S.E.
2	1	Efficienza operativa	A	Realizzazione del progetto "percorsi di tutela della ASL BA" in favore di pazienti oncologici, disabili gravissimi e pazienti con codice esenzione 046 (SMA, SLA, Sclerosi Multipla)	Predisposizione di atti per il coinvolgimento delle strutture private accreditate per l'erogaz. di prestazioni di diagnostica strumentale da riservare ai percorsi di tutela, in base al fabbisogno elaborato dal C.O.R.O. e della Direzione Sanitaria	Obiettivo in comune tra Programmazione, innovazione e continuità ospedale-territorio, UOGRC e RULA. Allegare alla relazione finale la documentazione relativa
3	3	Governo delle liste di attesa	A	Organizzazione di incontri periodici sull'andamento delle liste di attesa con le Direzioni Mediche di Presidio	1 incontri annuo	Obiettivo condiviso tra Direzioni Mediche di Presidio, UOSVD Governo Liste di Attesa e U.O. Programmazione, innovazione e continuità ospedale-territorio
4	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, di cui 1 con la partecipazione delle UDMG e UDPLS	Obiettivo condiviso tra Direzioni dei Distretti, UOSVD Governo Liste di Attesa 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 Gennaio 2025

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

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 2025-2027 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 2024	Predisposizione Bozza Bilancio di Genere entro il 31/12/2025	Obiettivo condiviso tra AGRF, AGRU e Controllo di Gestione
7	1	Monitoraggio attività libero professionale	A	Predisposizione CE ALPI 1 Semestre 2025	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 Gennaio 2025

**DIRETTORE U.O.C.**

**DIRETTORE GENERALE**

**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	3	Efficienza organizzativa	M	Censimento titoli per recupero crediti ASL	Invio risultanze alla Direzione Amministrativa Aziendale entro il 30/06/2024	
5	3	Efficienza organizzativa	M	Attivazione di attività di recupero dei crediti ASL censiti	Almeno il 20% dell'importo censito	
6	3	Efficienza organizzativa	M	Censimento delle attività amministrative trasversali SBL-AGRF ai fini deflattivi del relativo contenzioso	Deliberazione entro il 31/12/2025	Obiettivo in comune tra AGRF e SBL
7	3	Efficienza organizzativa	A	Aggiornamento del Regolamento Aziendale sul Patrocinio Legale dei dipendenti della ASL BA	Invio della proposta di Deliberazione alla Direzione Generale	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 Gennaio 2025

Rimodulata nel Settembre 2024

**DIRETTORE U.O.C.**

**DIRETTORE GENERALE**

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	Elaborazione procedura operativa in caso di sciopero per il personale di Comparto	Invio della documentazione alla Direzione Sanitaria Aziendale e alle Direzioni Mediche dei PP.OO.	Allegare alla Relazione finale la documentazione relativa all'invio
2	3	Efficienza organizzativa	A	Elaborazione procedure operative delle professioni sanitarie Area Critica - Area Medica - Area Chirurgica - Area Territoriale	Invio della documentazione alla Direzione Sanitaria Aziendale e al gruppo ICA	Allegare alla Relazione finale la documentazione relativa all'invio
3	4	Formazione	B	Organizzazione di eventi formativi per il personale di Comparto	N. 4 eventi Area Sud - Area Nord - Area centro	Nella Relazione finale indicare data, sede, argomento e partecipanti
4	4	Clinical governance	M	Organizzazione di Audit proattivi nelle UU.OO. Area Medica - Area Chirurgica - Terapia Intensiva	N. 1 Audit per Presidio Ospedaliero con invio del verbale alla Direzione Sanitaria Aziendale e alla 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 Gennaio 2025

**DIRIGENTE RESPONSABILE**

**DIRETTORE GENERALE**

DIPARTIMENTO Servizi di Staff

 UNITA' OPERATIVA **UOAVS Cyber Sicurezza**

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	Cybersecurity	A	Predisposizione del Piano per la Sicurezza Informatica in attuazione della Direttiva Europea NIS 2 (Network and Information Security), recepita con Decreto Legislativo 138/2024	Piano integrato sottoscritto e approvato entro il 31/12/2025	
6	3	Cybersecurity	A	Registrazione alla Piattaforma Digitale dell'Agenzia per la Cybersicurezza Nazionale (ACN) per definire la tipologia di soggetto ed i relativi obblighi normativi ai sensi del Decreto Legislativo 138/2024-Target	Registrazione da effettuare entro il 31.12.2025	

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 Gennaio 2025

**DIRIGENTE RESPONSABILE**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Controllo della Spesa	A	Mobilità Passiva extraregionale Assistenza Specialistica relativa alla Neuropsichiatria Infantile	Importo 2025 < 2024	Certificata dalla U.O. Gestione Rapporti con Convenzionati
2	# 3	Efficienza operativa	A	Fatturato prestazioni ambulatoriali esterne	Fatturato 2025 = 2024 + 10%	Dati rilevabili da CUP
3	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
4	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
5	2	Miglioramento della qualità assistenziale	M	Prevenzione del rischio suicidario con conseguente riduzione dell'ospedalizzazione e/o dell'istituzionalizzazione - Intervento di gruppo sugli adolescenti con incontri a tema	Almeno n.5 incontri di gruppo con adolescenti con realizzazione di un evento finale	Report da parte della UOS NPPIA Area Alta Murgia da alle gare alla Relazione finale
6	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
7	3	Formazione	B	Progetto pilota di prevenzione primaria del benessere e salute psicofisica dei minori "Avrò cura di... me" rivolto a vari stakeholders: scuole, associazioni, Comune (Monopoli)-ASL BA	Organizzazione di eventi di prevenzione, informazione e prevenzione per studenti e genitori nelle scuole dei tre gradi	Allegare alla Relazione finale la documentazione relativa all'evento

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2025

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**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	Conferma modello di intervento 0-60 mesi; Attivazione di percorso sperimentale di trattamento per minori autistici 6-13 anni	Presenza 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	Revisione - Attivazione PDTA Autismo	Numero pazienti coinvolti: almeno 10	Allegare alla Relazione finale documentazione relativa agli interventi effettivi svolti
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 2025 = 2024 + 5%	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	Miglioramento della qualità assistenziale	M	Attivazione procedure condivise dei rapporti di rete con i servizi socio-sanitari del territorio	20 riunioni di rete	Allegare alla Relazione finale i verbali delle riunioni
8	3 2	Miglioramento della qualità assistenziale	B	Update dei minori in trattamento con il protocollo DAN	Almeno 10 utenti	Allegare alla Relazione finale la documentazione relativa

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2025

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture	Giorni liquidazione fattura ≤ 40 dalla registrazione	Obiettivo rimodulabile in corso d'anno sulla base degli esiti previsti dalla Legge N.145/2018 e D.G.R. N. 1487/2019Certificato dall'AGRF
2	3	Attuazione 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 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 Gennaio 2025

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Monitoraggio mensile delle presenze di utenti in comunità	Trasmissione alla direzione DDP della scheda mensile di monitoraggio entro il 10° giorno lavorativo di ogni mese	La scheda di monitoraggio è firmata dal dirigente UOS e inviata dalla UOC di afferenza a <a href="mailto:dipartimento.dipendenzepatologiche@asl.bari.it">dipartimento.dipendenzepatologiche@asl.bari.it</a>
2	2	Qualità flussi informativi	M	Rispetto dello scadenziario di ogni flusso informativo richiesto dalla direzione DDP	Trasmissione tempestiva dei flussi all'indirizzo <a href="mailto:dipartimento.dipendenzepatologiche@asl.bari.it">dipartimento.dipendenzepatologiche@asl.bari.it</a>	A cura di ogni dirigente UOS per il tramite della UOC di afferenza
3	3	Efficienza organizzativa	M	Definizione di buone prassi per l'erogazione terapia farmacologica sostitutiva nei SerD.	Stesura documento sulle procedure medico-infermieristiche e invio documento protocollato alla Direzione Dipartimentale e all'U.O. Gestione Rischio Clinico e Qualità entro il 31/12/2025.	Nella Relazione finale allegare documentazione relativa all'invio alla Direzione Dipartimentale e all'UOGRC
4	3 4	Formazione	B	Aggiornamento in materia giuridico-forense: aspetti legali e forensi del lavoro nei SerD per gli utenti autori di reato.	Organizzazione di un evento formativo in due edizioni. Partecipazione di almeno il 70% del personale	Nella relazione da inviare al Direttore DSM-DDP indicare data e numero dei partecipanti
5	3 2	Prevenzione primaria delle dipendenze	M	Progetto "intelligenza emotiva" Incontri di Informazione/Educazione sui rischi connessi all'uso di alcool volto agli alunni delle scuole secondarie di primo grado	Almeno n.3 scuole secondarie di primo grado	Invio relazione finale alla Direzione DDP Indicare data, luogo e numero partecipanti
6	3	Appropriatezza setting assistenziale	M	Proposta scheda PTRI condivisa comune a CC.SS.MM. e SerD per invio utenti in Comunità Terapeutica Doppia Diagnosi in strutture residenziali	Invio bozza proposta entro il primo semestre 2025 alla Direzione DSM -DDP Riscontro e approvazione Scheda PTRI condivisa entro il 31 Dicembre 2025	Invio relazione finale al Direttore DSM-DDP Obiettivo in condivisione C.S.M - SerD
7	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 Gennaio 2025

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Monitoraggio mensile delle presenze di utenti in comunità	Trasmissione alla direzione DDP della scheda mensile di monitoraggio entro il 10° giorno lavorativo di ogni mese	La scheda di monitoraggio è firmata dal dirigente UOS e inviata dalla UOC di afferenza a <a href="mailto:dipartimento.dipendenzepatologiche@asl.bari.it">dipartimento.dipendenzepatologiche@asl.bari.it</a>
2	2	Qualità flussi informativi	M	Rispetto dello scadenziario di ogni flusso informativo richiesto dalla direzione DDP	Trasmissione tempestiva dei flussi all'indirizzo <a href="mailto:dipartimento.dipendenzepatologiche@asl.bari.it">dipartimento.dipendenzepatologiche@asl.bari.it</a>	A cura di ogni dirigente UOS per il tramite della UOC di afferenza
3	3	Efficienza organizzativa	M	Definizione di buone prassi per l'erogazione terapia farmacologica sostitutiva nei SerD.	Stesura documento sulle procedure medico-infermieristiche e invio documento protocollato alla Direzione Dipartimentale e all'U.O. Gestione Rischio Clinico e Qualità entro il 31/12/2025.	Nella Relazione finale allegare documentazione relativa all'invio alla Direzione Dipartimentale e all'UOGRC
4	3	Formazione	B	Aggiornamento in materia giuridico-forense: aspetti legali e forensi del lavoro nei SerD per gli utenti autori di reato.	Organizzazione di un evento formativo in due edizioni. Partecipazione di almeno il 70% del personale	Nella relazione da inviare al Direttore DSM-DDP indicare data e numero dei partecipanti
5	3	Prevenzione primaria delle dipendenze	M	Progetto "intelligenza emotiva" Incontri di Informazione/Educazione sui rischi connessi all'uso di alcool volto agli alunni delle scuole secondarie di primo grado	Almeno n.3 scuole secondarie di primo grado	Invio relazione finale alla Direzione DDP Indicare data, luogo e numero partecipanti
6	3	Appropriatezza setting assistenziale	M	Proposta scheda PTRI condivisa comune a CC.SS.MM. e SerD per invio utenti in Comunità Terapeutica Doppia Diagnosi in strutture residenziali	Invio bozza proposta entro il primo semestre 2025 alla Direzione DSM -DDP Riscontro e approvazione Scheda PTRI condivisa entro il 31 Dicembre 2025	Invio relazione finale al Direttore DSM-DDP Obiettivo in condivisione C.S.M - SerD
7	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 Gennaio 2025

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**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 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	Criticità e innovazione nella residenzialità psichiatrica: percorsi virtuosi finalizzati all'inserimento e al monitoraggio del percorso riabilitativo	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 Gennaio 2025

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**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	Appropriatezza setting assistenziale	M	Gestione dei casi difficili in collaborazione con i CSM – Monitoraggio qualitativo del fenomeno Revolving Door intraaziendale mediante scheda appositamente redatta	Descrizione socio-anagrafica e clinica dei pazienti Revolving Door. Relazione quadrimestrale	Relazione finale da inviare al Direttore DSM. Obiettivo in condivisione SPDC - CSM
3 3	Appropriatezza setting assistenziale	M	Monitoraggio pazienti in TSO Dati relativi a diagnosi, durata del ricovero	% di pazienti inviati al CSM con data di visita entro 14 giorni > 50%	Relazione finale da inviare al Direttore DSM Obiettivo in condivisione C.S.M - SPDC
4 3	Formazione	B	Criticità e innovazione nella residenzialità psichiatrica: percorsi virtuosi finalizzati all'inserimento e al monitoraggio del percorso riabilitativo	Partecipazione personale >50% del DSM	Evento Dipartimentale - Nella Relazione finale da inviare al Direttore DSM indicare data e numero dei partecipanti allegando firme presenze.
5 3	Clinical governance	M	Realizzazione di progetti psicoeducativi rivolti a pazienti dell'SPDC	Almeno 2 progetti	Relazione finale da inviare al Direttore DSM
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.
8 # 3 4	Sanità digitale	B	Percentuale di Cartelle Cliniche Elettroniche chiuse	100%	
9 3	Clinical governance	M	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 13 per la prevenzione delle cadute aggiornata	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.

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

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

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

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

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

**Sottoscritta nel Gennaio 2025**
**Rimodulata nel Settembre 2024**
**DIRETTORE DIPARTIMENTO**
**DIRETTORE GENERALE**

**DIPARTIMENTO**

Dipartimento di Salute Mentale

**UNITA' OPERATIVA**
**UOC DSM - SPDC Putignano**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 4	Clinical governance	A	% Dimissioni volontarie	< 3%	
2 3	Appropriatezza setting assistenziale	M	Gestione dei casi difficili in collaborazione con i CSM – Monitoraggio qualitativo del fenomeno Revolving Door intraaziendale mediante scheda appositamente redatta	Descrizione socio-anagrafica e clinica dei pazienti Revolving Door. Relazione quadrimestrale	Relazione finale da inviare al Direttore DSM. Obiettivo in condivisione SPDC - CSM
3 3	Appropriatezza setting assistenziale	M	Monitoraggio pazienti in TSO Dati relativi a diagnosi, durata del ricovero	% di pazienti inviati al CSM con data di visita entro 14 giorni > 50%	Relazione finale da inviare al Direttore DSM Obiettivo in condivisione C.S.M - SPDC
4 3	Formazione	B	Criticità e innovazione nella residenzialità psichiatrica: percorsi virtuosi finalizzati all'inserimento e al monitoraggio del percorso riabilitativo	Partecipazione personale >50% del DSM	Evento Dipartimentale - Nella Relazione finale da inviare al Direttore DSM indicare data e numero dei partecipanti allegando firme presenze.
5 3	Clinical governance	M	Realizzazione di progetti psicoeducativi rivolti a pazienti dell'SPDC	Almeno 2 progetti	Relazione finale da inviare al Direttore DSM
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.
8 # 3 4	Sanità digitale	B	Percentuale di Cartelle Cliniche Elettroniche chiuse	100%	
9 3	Clinical governance	M	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 13 per la prevenzione delle cadute aggiornata	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.

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

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

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

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

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

**Sottoscritta nel Gennaio 2025**
**Rimodulata nel Settembre 2024**
**DIRETTORE DIPARTIMENTO**
**DIRETTORE GENERALE**

**DIPARTIMENTO** Dipartimento di Salute Mentale

**UNITA' OPERATIVA** UOC DSM - CSM Area 1

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Clinical governance	M	Prevenzione e Gestione Integrata dei fenomeni di marginalità e inclusione sociale	Proposte 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	Criticità e innovazione nella residenzialità psichiatrica: percorsi virtuosi finalizzati all'inserimento e al monitoraggio del percorso riabilitativo	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	Linee operative condivise per l'assunzione in cura/presa in carico da parte dei CC.SS.MM. di giovani con disagio psichico fra i 18 e 25 anni in collaborazione con la UOSVD P.R.I.S.M.A e U.O.C.Psicologia Clinica	Invio linee operative alla Direzione del DSM	Relazione finale da inviare al Direttore DSM. Obiettivo in condivisione UOSVD P.R.I.S.M.A. – CC..SS.MM. E U.O.C. Psicologia Clinica
5	3	Appropriatezza setting assistenziale	M	Monitoraggio del drop out dei primi contatti esitati in presa in carico in un anno nel CSM	Numero drop out / numero primi contatti esitati in presa in carico Relazione finale da inviare da inviare al Direttore DSM.	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	Appropriatezza setting assistenziale	M	Proposta scheda PTRI condivisa comune a CC.SS.MM. e SerD per invio utenti in Comunità Terapeutica Doppia Diagnosi in strutture residenziali	Invio bozza proposta entro il primo semestre 2025 alla Direzione DSM -DDP Riscontro e approvazione Scheda PTRI condivisa entro il 31 Dicembre 2025	Invio relazione finale al Direttore DSM-DDP Obiettivo in condivisione C.S.M - SerD
8	3	Appropriatezza setting assistenziale	M	Monitoraggio pazienti in TSO Dati relativi a diagnosi, durata del ricovero	% di pazienti inviati al CSM con data di visita entro 14 giorni > 50%	Relazione finale da inviare al Direttore DSM Obiettivo in condivisione C.S.M - SPDC
9	3	Appropriatezza setting assistenziale	M	Gestione dei casi difficili in collaborazione con gli SPDC – Monitoraggio qualitativo del fenomeno Revolving Door intraziendale mediante scheda appositamente redatta	Descrizione socio-anagrafica e clinica dei pazienti Revolving Door. Relazione trimestrale	Relazione finale da inviare al Direttore DSM. Obiettivo in condivisione SPDC - CSM

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2025

Rimodulata nel Settembre 2024

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**DIPARTIMENTO** Dipartimento di Salute Mentale  
**UNITA' OPERATIVA** **UOC DSM - CSM Area 2**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Clinical governance	M	Prevenzione e Gestione Integrata dei fenomeni di marginalità e inclusione sociale	Proposte 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	Criticità e innovazione nella residenzialità psichiatrica: percorsi virtuosi finalizzati all'inserimento e al monitoraggio del percorso riabilitativo	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	Linee operative condivise per l'assunzione in cura/presa in carico da parte dei CC.SS.MM. di giovani con disagio psichico fra i 18 e 25 anni in collaborazione con la UOSVD P.R.I.S.M.A e U.O.C.Psicologia Clinica	Invio linee operative alla Direzione del DSM	Relazione finale da inviare al Direttore DSM. Obiettivo in condivisione UOSVD P.R.I.S.M.A. – CC..SS.MM. E U.O.C. Psicologia Clinica
5	3	Appropriatezza setting assistenziale	M	Monitoraggio del drop out dei primi contatti esitati in presa in carico in un anno nel CSM	Numero drop out / numero primi contatti esitati in presa in carico Relazione finale da inviare da inviare al Direttore DSM.	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	Appropriatezza setting assistenziale	M	Proposta scheda PTRI condivisa comune a CC.SS.MM. e SerD per invio utenti in Comunità Terapeutica Doppia Diagnosi in strutture residenziali	Invio bozza proposta entro il primo semestre 2025 alla Direzione DSM -DDP Riscontro e approvazione Scheda PTRI condivisa entro il 31 Dicembre 2025	Invio relazione finale al Direttore DSM-DDP Obiettivo in condivisione C.S.M - SerD
8	3	Appropriatezza setting assistenziale	M	Monitoraggio pazienti in TSO Dati relativi a diagnosi, durata del ricovero	% di pazienti inviati al CSM con data di visita entro 14 giorni > 50%	Relazione finale da inviare al Direttore DSM Obiettivo in condivisione C.S.M - SPDC
9	3	Appropriatezza setting assistenziale	M	Gestione dei casi difficili in collaborazione con gli SPDC – Monitoraggio qualitativo del fenomeno Revolving Door intraziendale mediante scheda appositamente redatta	Descrizione socio-anagrafica e clinica dei pazienti Revolving Door. Relazione quadrimestrale	Relazione finale da inviare al Direttore DSM. Obiettivo in condivisione SPDC - CSM

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2025

Rimodulata nel Settembre 2024

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

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

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Clinical governance	M	Prevenzione e Gestione Integrata dei fenomeni di marginalità e inclusione sociale	Proposte 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	Criticità e innovazione nella residenzialità psichiatrica: percorsi virtuosi finalizzati all'inserimento e al monitoraggio del percorso riabilitativo	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	Linee operative condivise per l'assunzione in cura/presa in carico da parte dei CC.SS.MM. di giovani con disagio psichico fra i 18 e 25 anni in collaborazione con la UOSVD P.R.I.S.M.A e U.O.C.Psicologia Clinica	Invio linee operative alla Direzione del DSM	Relazione finale da inviare al Direttore DSM. Obiettivo in condivisione UOSVD P.R.I.S.M.A. – CC..SS.MM. E U.O.C. Psicologia Clinica
5	3	Appropriatezza setting assistenziale	M	Monitoraggio del drop out dei primi contatti esitati in presa in carico in un anno nel CSM	Numero drop out / numero primi contatti esitati in presa in carico Relazione finale da inviare da inviare al Direttore DSM.	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	Appropriatezza setting assistenziale	M	Proposta scheda PTRI condivisa comune a CC.SS.MM. e SerD per invio utenti in Comunità Terapeutica Doppia Diagnosi in strutture residenziali	Invio bozza proposta entro il primo semestre 2025 alla Direzione DSM -DDP Riscontro e approvazione Scheda PTRI condivisa entro il 31 Dicembre 2025	Invio relazione finale al Direttore DSM-DDP Obiettivo in condivisione C.S.M - SerD
8	3	Appropriatezza setting assistenziale	M	Monitoraggio pazienti in TSO Dati relativi a diagnosi, durata del ricovero	% di pazienti inviati al CSM con data di visita entro 14 giorni > 50%	Relazione finale da inviare al Direttore DSM Obiettivo in condivisione C.S.M - SPDC
9	3	Appropriatezza setting assistenziale	M	Gestione dei casi difficili in collaborazione con gli SPDC – Monitoraggio qualitativo del fenomeno Revolving Door intraziendale mediante scheda appositamente redatta	Descrizione socio-anagrafica e clinica dei pazienti Revolving Door. Relazione trimestrale	Relazione finale da inviare al Direttore DSM. Obiettivo in condivisione SPDC - CSM

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2025

Rimodulata nel Settembre 2024

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**DIPARTIMENTO** Dipartimento di Salute Mentale  
**UNITA' OPERATIVA** UOC DSM - CSM Area 4

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Clinical governance	M	Prevenzione e Gestione Integrata dei fenomeni di marginalità e inclusione sociale	Proposte 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	Criticità e innovazione nella residenzialità psichiatrica: percorsi virtuosi finalizzati all'inserimento e al monitoraggio del percorso riabilitativo	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	Linee operative condivise per l'assunzione in cura/presa in carico da parte dei CC.SS.MM. di giovani con disagio psichico fra i 18 e 25 anni in collaborazione con la UOSVD P.R.I.S.M.A e U.O.C.Psicologia Clinica	Invio linee operative alla Direzione del DSM	Relazione finale da inviare al Direttore DSM. Obiettivo in condivisione UOSVD P.R.I.S.M.A. – CC..SS.MM. E U.O.C. Psicologia Clinica
5	3	Appropriatezza setting assistenziale	M	Monitoraggio del drop out dei primi contatti esitati in presa in carico in un anno nel CSM	Numero drop out / numero primi contatti esitati in presa in carico Relazione finale da inviare da inviare al Direttore DSM.	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	Appropriatezza setting assistenziale	M	Proposta scheda PTRI condivisa comune a CC.SS.MM. e SerD per invio utenti in Comunità Terapeutica Doppia Diagnosi in strutture residenziali	Invio bozza proposta entro il primo semestre 2025 alla Direzione DSM -DDP Riscontro e approvazione Scheda PTRI condivisa entro il 31 Dicembre 2025	Invio relazione finale al Direttore DSM-DDP Obiettivo in condivisione C.S.M - SerD
8	3	Appropriatezza setting assistenziale	M	Monitoraggio pazienti in TSO Dati relativi a diagnosi, durata del ricovero	% di pazienti inviati al CSM con data di visita entro 14 giorni > 50%	Relazione finale da inviare al Direttore DSM Obiettivo in condivisione C.S.M - SPDC
9	3	Appropriatezza setting assistenziale	M	Gestione dei casi difficili in collaborazione con gli SPDC – Monitoraggio qualitativo del fenomeno Revolving Door intraziendale mediante scheda appositamente redatta	Descrizione socio-anagrafica e clinica dei pazienti Revolving Door. Relazione trimestrale	Relazione finale da inviare al Direttore DSM. Obiettivo in condivisione SPDC - CSM

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2025

Rimodulata nel Settembre 2024

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**DIPARTIMENTO** Dipartimento di Salute Mentale  
**UNITA' OPERATIVA** UOC DSM - CSM Area 5

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Clinical governance	M	Prevenzione e Gestione Integrata dei fenomeni di marginalità e inclusione sociale	Proposte 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	Criticità e innovazione nella residenzialità psichiatrica: percorsi virtuosi finalizzati all'inserimento e al monitoraggio del percorso riabilitativo	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	Linee operative condivise per l'assunzione in cura/presa in carico da parte dei CC.SS.MM. di giovani con disagio psichico fra i 18 e 25 anni in collaborazione con la UOSVD P.R.I.S.M.A e U.O.C.Psicologia Clinica	Invio linee operative alla Direzione del DSM	Relazione finale da inviare al Direttore DSM. Obiettivo in condivisione UOSVD P.R.I.S.M.A. – CC..SS.MM. E U.O.C. Psicologia Clinica
5	3	Appropriatezza setting assistenziale	M	Monitoraggio del drop out dei primi contatti esitati in presa in carico in un anno nel CSM	Numero drop out / numero primi contatti esitati in presa in carico Relazione finale da inviare da inviare al Direttore DSM.	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	Appropriatezza setting assistenziale	M	Proposta scheda PTRI condivisa comune a CC.SS.MM. e SerD per invio utenti in Comunità Terapeutica Doppia Diagnosi in strutture residenziali	Invio bozza proposta entro il primo semestre 2025 alla Direzione DSM -DDP Riscontro e approvazione Scheda PTRI condivisa entro il 31 Dicembre 2025	Invio relazione finale al Direttore DSM-DDP Obiettivo in condivisione C.S.M - SerD
8	3	Appropriatezza setting assistenziale	M	Monitoraggio pazienti in TSO Dati relativi a diagnosi, durata del ricovero	% di pazienti inviati al CSM con data di visita entro 14 giorni > 50%	Relazione finale da inviare al Direttore DSM Obiettivo in condivisione C.S.M - SPDC
9	3	Appropriatezza setting assistenziale	M	Gestione dei casi difficili in collaborazione con gli SPDC – Monitoraggio qualitativo del fenomeno Revolving Door intraziendale mediante scheda appositamente redatta	Descrizione socio-anagrafica e clinica dei pazienti Revolving Door. Relazione trimestrale	Relazione finale da inviare al Direttore DSM. Obiettivo in condivisione SPDC - CSM

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2025

Rimodulata nel Settembre 2024

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**DIPARTIMENTO** Dipartimento di Salute Mentale  
**UNITA' OPERATIVA** UOC DSM - CSM Area 6

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Clinical governance	M	Prevenzione e Gestione Integrata dei fenomeni di marginalità e inclusione sociale	Proposte 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	Criticità e innovazione nella residenzialità psichiatrica: percorsi virtuosi finalizzati all'inserimento e al monitoraggio del percorso riabilitativo	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	Linee operative condivise per l'assunzione in cura/presa in carico da parte dei CC.SS.MM. di giovani con disagio psichico fra i 18 e 25 anni in collaborazione con la UOSVD P.R.I.S.M.A e U.O.C.Psicologia Clinica	Invio linee operative alla Direzione del DSM	Relazione finale da inviare al Direttore DSM. Obiettivo in condivisione UOSVD P.R.I.S.M.A. – CC..SS.MM. E U.O.C. Psicologia Clinica
5	3	Appropriatezza setting assistenziale	M	Monitoraggio del drop out dei primi contatti esitati in presa in carico in un anno nel CSM	Numero drop out / numero primi contatti esitati in presa in carico Relazione finale da inviare da inviare al Direttore DSM.	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	Appropriatezza setting assistenziale	M	Proposta scheda PTRI condivisa comune a CC.SS.MM. e SerD per invio utenti in Comunità Terapeutica Doppia Diagnosi in strutture residenziali	Invio bozza proposta entro il primo semestre 2025 alla Direzione DSM -DDP Riscontro e approvazione Scheda PTRI condivisa entro il 31 Dicembre 2025	Invio relazione finale al Direttore DSM-DDP Obiettivo in condivisione C.S.M - SerD
8	3	Appropriatezza setting assistenziale	M	Monitoraggio pazienti in TSO Dati relativi a diagnosi, durata del ricovero	% di pazienti inviati al CSM con data di visita entro 14 giorni > 50%	Relazione finale da inviare al Direttore DSM Obiettivo in condivisione C.S.M - SPDC
9	3	Appropriatezza setting assistenziale	M	Gestione dei casi difficili in collaborazione con gli SPDC – Monitoraggio qualitativo del fenomeno Revolving Door intraziendale mediante scheda appositamente redatta	Descrizione socio-anagrafica e clinica dei pazienti Revolving Door. Relazione trimestrale	Relazione finale da inviare al Direttore DSM. Obiettivo in condivisione SPDC - CSM

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2025

Rimodulata nel Settembre 2024

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**DIPARTIMENTO** Dipartimento di Salute Mentale

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

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Clinical governance	M	Prevenzione e Gestione Integrata dei fenomeni di marginalità e inclusione sociale	Proposte 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	Criticità e innovazione nella residenzialità psichiatrica: percorsi virtuosi finalizzati all'inserimento e al monitoraggio del percorso riabilitativo	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	Linee operative condivise per l'assunzione in cura/presa in carico da parte dei CC.SS.MM. di giovani con disagio psichico fra i 18 e 25 anni in collaborazione con la UOSVD P.R.I.S.M.A e U.O.C.Psicologia Clinica	Invio linee operative alla Direzione del DSM	Relazione finale da inviare al Direttore DSM. Obiettivo in condivisione UOSVD P.R.I.S.M.A. – CC..SS.MM. E U.O.C. Psicologia Clinica
5	3	Appropriatezza setting assistenziale	M	Monitoraggio del drop out dei primi contatti esitati in presa in carico in un anno nel CSM	Numero drop out / numero primi contatti esitati in presa in carico Relazione finale da inviare da inviare al Direttore DSM.	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	Appropriatezza setting assistenziale	M	Proposta scheda PTRI condivisa comune a CC.SS.MM. e SerD per invio utenti in Comunità Terapeutica Doppia Diagnosi in strutture residenziali	Invio bozza proposta entro il primo semestre 2025 alla Direzione DSM -DDP Riscontro e approvazione Scheda PTRI condivisa entro il 31 Dicembre 2025	Invio relazione finale al Direttore DSM-DDP Obiettivo in condivisione C.S.M - SerD
8	3	Appropriatezza setting assistenziale	M	Monitoraggio pazienti in TSO Dati relativi a diagnosi, durata del ricovero	% di pazienti inviati al CSM con data di visita entro 14 giorni > 50%	Relazione finale da inviare al Direttore DSM Obiettivo in condivisione C.S.M - SPDC
9	3	Appropriatezza setting assistenziale	M	Gestione dei casi difficili in collaborazione con gli SPDC – Monitoraggio qualitativo del fenomeno Revolving Door intraziendale mediante scheda appositamente redatta	Descrizione socio-anagrafica e clinica dei pazienti Revolving Door. Relazione trimestrale	Relazione finale da inviare al Direttore DSM. Obiettivo in condivisione SPDC - CSM

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2025

Rimodulata nel Settembre 2024

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**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	Dati attività UOSVD DCA Ambulatorio intensivo ad attività diurna (tipo Day Service DCA), dati accorpati	Report semestrale su attività UOSVD DCA	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	Report 1° semestre 2025 entro 15-9-2025 Report 2° semestre 2025 entro 28-02-2026	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	Effettuazione di almeno 3 eventi	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 2025 e confronto anni precedenti	Relazione finale da inviare al DSM
5	4	Miglioramento della qualità assistenziale	M	Sperimentazione Intervento di Mindfulness Eating di gruppo per soggetti con Disturbo da Alimentazione Incontrollata (BED) con sovrappeso/obesità	Almeno 1 Programma di n.10 incontri di gruppo, con valutazione PRE e POST	Relazione al DSM con descrizione, rationale, valutazione pre-post, aspetti psichiatrici e aspetti nutrizionali di soggetti BED-obesi -N 10 paz massimo per gruppo, salvo drop out in itinere
6	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.
8	3	Appropriatezza setting assistenziale	M	Continuità terapeutica -Monitoraggio drop out per un anno nel CSM	Numero drop out / numero primi contatti esitati in presa in carico Relazione finale da inviare da inviare al Direttore DSM.	Nella Relazione finale allegare documentazione dell'invio alla Direzione del Dipartimento. Obiettivo in condivisione CSM - Psicologia Clinica – UOSVD Esordi Psicotici -UOSVD DCA
9	3 2	Clinical governance	M	Sperimentazione Intervento grupppale di soggetti DCA di lunga data/cronicizzati integrato con psicoterapia di gruppo, psicoeducazione alimentare, life skill.	Almeno 15 incontri	Relazione finale da inviare al DSM

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

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

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

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

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

**Sottoscritta nel Gennaio 2025**
**Rimodulata nel Settembre 2024**
**DIRETTORE DIPARTIMENTO**
**DIRETTORE GENERALE**

**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	M	Monitoraggio del drop out dei primi contatti esitati in presa in carico in un anno nel CSM	Numero drop out / numero primi contatti esitati in presa in carico Relazione finale da inviare da inviare al Direttore DSM.	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 N. 3 incontri di formazione sul campo con gruppi di miglioramento sullo strumento di valutazione degli interventi psicologici e monitoraggio degli esiti in psicoterapia CORE-OM	Partecipazione >50% degli psicologi afferenti alle UOC del DSM	Nella Relazione finale da inviare al Direttore DSM indicare data e numero dei partecipanti allegando firme presenze.
4	3	Appropriatezza setting assistenziale	M	Monitoraggio routinario dell'outcome dei trattamenti psicologici, e degli esiti dei progressi in psicoterapia, somministrazione del questionario CORE-OM -N. schede di valutazione somministrate prima/durante e post-trattamento	Valutare il 50% degli utenti presi in cura/carico seguiti con trattamenti psicologici (colloqui clinici, psicoterapie)	Relazione di fine anno sull'esito delle psicoterapie effettuate e sottoposte a valutazione da inviare al Direttore DSM.
5	3	Appropriatezza setting assistenziale	M	Linee operative condivise per l'assunzione in cura/presa in carico da parte dei CC.SS.MM. di giovani con disagio psichico fra i 18 e 25 anni in collaborazione con la UOSVD P.R.I.S.M.A e U.O.C.Psicologia Clinica	Invio linee operative alla Direzione del DSM	Relazione finale da inviare al Direttore DSM. Relazione finale da inviare al Direttore DSM. Obiettivo in condivisione UOSVD P.R.I.S.M.A. – CC..SS.MM. E U.O.C. Psicologia Clinica

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2025

Rimodulata nel Settembre 2024

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**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 > 40% dei PTRI dei pazienti del DSM inseriti nelle CRAP Dedicate	Presentazione e relazione sul lavoro di supervisione al Direttore DSM
2	3	Clinical governance	M	Creazione di coordinamento unico sperimentale per individuazione appropriato setting comunitario utente autore di reato Riduzione dei tempi della lista d'attesa di 3 mesi	Valutazione 10% dei PTRI in lista d'attesa presso tutti i setting comunitari	Relazione finale
3	3	Formazione	B	Criticità e innovazione nella residenzialità psichiatrica: percorsi virtuosi finalizzati all'inserimento e al monitoraggio del percorso riabilitativo	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	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.

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2025

Rimodulata nel Settembre 2024

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**DIPARTIMENTO** Dipartimento di Salute Mentale

**UNITA' OPERATIVA** UOSVD DSM - P.R.I.S.M.A.

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Formazione	B	Criticità e innovazione nella residenzialità psichiatrica: percorsi virtuosi finalizzati all'inserimento e al monitoraggio del percorso riabilitativo	Partecipazione personale >50% del DSM	Evento Dipartimentale - Nella Relazione finale da inviare al Direttore DSM indicare data e numero dei partecipanti allegando firme presenze.
2	3	Appropriatezza setting assistenziale	M	Linee operative condivise per l'assunzione in cura/presa in carico da parte dei CC.SS.MM. di giovani con disagio psichico fra i 18 e 25 anni in collaborazione con la UOSVD P.R.I.S.M.A e U.O.C.Psicologia Clinica	Invio linee operative alla Direzione del DSM	Relazione finale da inviare al Direttore DSM. Relazione finale da inviare al Direttore DSM. Obiettivo in condivisione UOSVD P.R.I.S.M.A. – CC..SS.MM. E U.O.C. Psicologia Clinica
3	2 4	Lotta allo Stigma	B	Realizzazione eventi di lotta allo stigma e/o interventi formativi nelle scuole rivolto a insegnanti e genitori. Almeno due scuole secondarie di secondo grado dell'area metropolitana barese	Partecipazione >70% personale della UOSVD	Nella relazione di fine anno descrivere data, sede, n. partecipanti allegando firme presenze.
4	3	Appropriatezza setting assistenziale	M	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	Relazione finale da inviare al Direttore DSM. Obiettivo in condivisione CSM - Psicologia Clinica – UOSVD Esordi Psicotici -UOSVD DCA
5	4	Clinical governance	B	Follow up telefonico degli outcome su almeno il 50% degli utenti dimessi dal 2011 ad oggi	Almeno il 50% degli utenti che erano in carico e poi dimessi	Relazione finale da inviare al Direttore DSM

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2025

Rimodulata nel Settembre 2024

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**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	Appropriatezza setting assistenziale	M	Gestione dei casi difficili in collaborazione con i CSM – Monitoraggio qualitativo del fenomeno Revolving Door intraaziendale mediante scheda appositamente redatta	Descrizione socio-anagrafica e clinica dei pazienti Revolving Door. Relazione quadrimestrale	Relazione finale da inviare al Direttore DSM. Obiettivo in condivisione SPDC - CSM
3 3	Appropriatezza setting assistenziale	M	Monitoraggio pazienti in TSO Dati relativi a diagnosi, durata del ricovero	% di pazienti inviati al CSM con data di visita entro 14 giorni > 50%	Relazione finale da inviare al Direttore DSM Obiettivo in condivisione C.S.M - SPDC
4 3	Formazione	B	Criticità e innovazione nella residenzialità psichiatrica: percorsi virtuosi finalizzati all'inserimento e al monitoraggio del percorso riabilitativo	Partecipazione personale >50% del DSM	Evento Dipartimentale - Nella Relazione finale da inviare al Direttore DSM indicare data e numero dei partecipanti allegando firme presenze.
5 3	Clinical governance	M	Realizzazione di progetti psicoeducativi rivolti a pazienti dell'SPDC	Almeno 2 progetti	Relazione finale da inviare al Direttore DSM
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.
8 # 3 4	Sanità digitale	B	Percentuale di Cartelle Cliniche Elettroniche chiuse	100%	
9 3	Clinical governance	M	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 13 per la prevenzione delle cadute aggiornata	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2025

Rimodulata nel Settembre 2024

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

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

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture	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 luglio 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 inviare 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	
13	4	Formazione	B	NUMERI DI CORSI DI FORMAZIONE ECM COMPLETATI DAL PERSONALE AFFERENTE ALL'AREA DEI PROFESSIONISTI DELLA SALUTE	Partecipazione del 50% per personale afferente all'area dei professionisti della salute a n. 3 corsi di formazione nell'anno	

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2025

Rimodulata nel Settembre 2024

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

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 Dipartimento.
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 Dipartim. di relaz. 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%	
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 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 certificato dalla Direzione del Dipartimento. Calcolo sulla base dell'effettiva residenza degli assistiti
10	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 certificato dalla Direzione del Dipartimento. Calcolo sulla base dell'effettiva residenza degli assistiti
11	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 certificato dalla Direzione del Dipartimento. Calcolo sulla base dell'effettiva residenza degli assistiti
12	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	≥ 90%	Obiettivo certificato dalla Direzione del Dipartimento. Calcolo sulla base dell'effettiva residenza degli assistiti
13	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 certificato dalla Direzione del Dipartimento. Calcolo sulla base dell'effettiva residenza degli assistiti
14	3	Potenziamento attività di controllo	A	n° di strutture ricettive (Hotel) verificate "adempimenti protocolli per la prevenzione Legionellosi"/n° strutture ricettive (Hotel) insistenti sul territorio	10%	
15	3	Formazione	B	Realizzazione di un percorso formativo accreditato ECM sul tema "Autorizzazione e Accreditamento Strutture Sanitarie e Socio-Sanitarie"	Realizzazione di evento rivolto a Personale Medico e Tecnico della Prevenzione	Nella Relazione finale indicare data, sede, argomento e partecipanti. Obiettivo comune dei SISP delle tre Aree. Coordinato da SISP Area Nord.

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2025

Rimodulata nel Settembre 2024

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2025

Rimodulata nel Settembre 2024

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

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

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	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.
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% (N° controlli su piscine che hanno evidenziato criticità analitiche nelle annualità precedenti)	
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 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	≥ 92%	Obiettivo certificato dalla Direzione del Dipartimento. Calcolo sulla base dell'effettiva residenza degli assistiti
10	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	≥ 92%	Obiettivo certificato dalla Direzione del Dipartimento. Calcolo sulla base dell'effettiva residenza degli assistiti
11	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	≥ 90%	Obiettivo certificato dalla Direzione del Dipartimento. Calcolo sulla base dell'effettiva residenza degli assistiti
12	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	≥ 80%	Obiettivo certificato dalla Direzione del Dipartimento. Calcolo sulla base dell'effettiva residenza degli assistiti
13	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 certificato dalla Direzione del Dipartimento. Calcolo sulla base dell'effettiva residenza degli assistiti
14	3	Potenziamento attività di controllo	A	n° di strutture ricettive (Hotel) verificate "adempimenti protocolli per la prevenzione Legionellosi"/n° strutture ricettive (Hotel) insistenti sul territorio	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 Gennaio 2025

Rimodulata nel Settembre 2024

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

DIPARTIMENTO

Dipartimento di Prevenzione

UNITA' OPERATIVA

UOC D. PREV. - SISP - Area Nord

15	3	Formazione	B	Realizzazione di un percorso formativo accreditato ECM sul tema "Autorizzazione e Accreditamento Strutture Sanitarie e Socio-Sanitarie"	Realizzazione di evento rivolto a Personale Medico e Tecnico della Prevenzione	Nella Relazione finale indicare data, sede, argomento e partecipanti. Obiettivo comune dei SISP delle tre Aree. Coordinato da SISP Area Nord.
----	---	------------	---	---	--	--

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2025

Rimodulata nel Settembre 2024

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

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

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	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.
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 AOO 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 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 certificato dalla Direzione del Dipartimento. Calcolo sulla base dell'effettiva residenza degli assistiti
10	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 certificato dalla Direzione del Dipartimento. Calcolo sulla base dell'effettiva residenza degli assistiti
11	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 certificato dalla Direzione del Dipartimento. Calcolo sulla base dell'effettiva residenza degli assistiti
12	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	≥ 90%	Obiettivo certificato dalla Direzione del Dipartimento. Calcolo sulla base dell'effettiva residenza degli assistiti
13	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 certificato dalla Direzione del Dipartimento. Calcolo sulla base dell'effettiva residenza degli assistiti
14	3	Potenziamento attività di controllo	A	n° di strutture ricettive (Hotel) verificate "adempimenti protocolli per la prevenzione Legionellosi"/n° strutture ricettive (Hotel) insistenti sul territorio	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 Gennaio 2025

Rimodulata nel Settembre 2024

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

DIPARTIMENTO

Dipartimento di Prevenzione

UNITA' OPERATIVA

UOC D. PREV. - SISP - Area Sud

15	3	Formazione	B	Realizzazione di un percorso formativo accreditato ECM sul tema "Autorizzazione e Accreditamento Strutture Sanitarie e Socio-Sanitarie"	Realizzazione di evento rivolto a Personale Medico e Tecnico della Prevenzione	Nella Relazione finale indicare data, sede, argomento e partecipanti. Obiettivo comune dei SISP delle tre Aree. Coordinato da SISP Area Nord.
----	---	------------	---	---	--	--

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2025

Rimodulata nel Settembre 2024

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

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

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	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.
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	P.R.P. 2021-2025: PP7	A	Numero 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	200	
8	3	P.R.P. 2021-2025: PP3	A	Realizzazione di un progetto di salute a livello territoriale per la mappatura del cardiorischio in lavoratori di età superiore ai 45 anni	Almeno 120 lavoratori coinvolti nel progetto	Obiettivo subordinato alla fornitura di Kit
9	3	P.R.P. 2021-2025: PP6	M	Percorsi di formazione per le aziende individuate e percorsi di formazione dei lavoratori e dei datori di lavoro -Formazione incentrata su metodologie efficaci di verifica della valutazione del rischio	Almeno n. 1 iniziativa incontri/ seminari/ convegni all'anno	
10	3	P.R.P. 2021-2025: PP6	M	Supporto alle imprese su sostegno, autovalutazione e gestione dei rischi, ruolo dei lavoratori nell'organizzazione della salute e sicurezza aziendale tramite l'attivazione di specifico PMP in "settori" specifici diversi da Edilizia e Agricoltura	Progettazione e realizzazione di Piano Mirato di Prevenzione rivolto ad aziende di settori produttivi diversi dai comparti Edilizia e Agricoltura	
11	3	P.R.P. 2021-2025: PP7	M	Definizione e applicazione di strategie di intervento (vigilanza e prevenzione) mirate al contrasto di un rischio e/o esposizione prioritari - PMP come misura di contrasto ad infortuni e malattie professionali	Monitoraggio dell'attuazione dei PMP nell'ambito dell'attività di vigilanza: controllo PLE in almeno il 10% delle aziende coinvolte nel PMP. aziende coinvolte nel PMP.	

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2025

Rimodulata nel Settembre 2024

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

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

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	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.
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 presenti sul territorio di competenza (Fonte INAIL)	3,5% delle attività produttive con almeno un dipendente (fonte Flussi informativi INAIL)	Il perseguimento di questo obiettivo è vincolato alla disponibilità di personale
7	3	P.R.P. 2021-2025: PP7	A	Piano mirato di prevenzione come misura di contrasto ad infortuni e malattie professionali: Completamento di PMP nel settore agricolo e zootecnico	Attuazione di n. 1 Piano Mirato di Prevenzione nel settore agricolo e zootecnico (trasmissione di malattie attraverso il morso di zecche)	Report riepilogativo da inviare al Direttore del Dipartimento
8	3	P.R.P. 2021-2025: PP7	A	Numero 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	Almeno n. 180 cantieri vigilati	Il perseguimento di questo obiettivo è vincolato alla disponibilità di personale
9	3	P.R.P. 2021-2025: PP8	A	Piano mirato di prevenzione come misura di contrasto ad infortuni e malattie professionali: Elaborazione e avvio di un PMP	Almeno un nuovo Piano Mirato di prevenzione avviato per i rischi a carico dell'apparato MSK	Report riepilogativo da inviare al Direttore del Dipartimento
10	3	P.R.P. 2021-2025: PP3	A	Realizzazione di un progetto di salute a livello territoriale per la mappatura del cardiorischio in lavoratori di età superiore ai 45 anni	Almeno 300 lavoratori coinvolti nel progetto	Obiettivo condiviso tra SPESAL Area Nord e SIAN Area Nord. Coordinato da SPESAL Area Nord. Obiettivo subordinato alla fornitura di Kit
11	3	P.R.P. 2021-2025: PP6	M	Formazione incentrata su metodologie efficaci di verifica della valutazione del rischio (attrezzature di lavoro in edilizia)	Almeno n. 1 iniziativa Incontri/seminari/convegni all'anno	

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2025

Rimodulata nel Settembre 2024

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

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

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	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.
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 presenti sul territorio di competenza (Fonte INAIL)	5% delle attività produttive con almeno un dipendente (fonte Flussi informativi INAIL)	Il perseguimento di questo obiettivo è vincolato alla disponibilità di personale
7	3	P.R.P. 2021-2025: PP7	A	Piano mirato di prevenzione come misura di contrasto ad infortuni e malattie professionali: Completamento di PMP nel settore agricolo e zootecnico	Attuazione di n. 1 Piano Mirato di Prevenzione nel settore agricolo e zootecnico (inizio piano 2024)	Report riepilogativo da inviare al Direttore del Dipartimento
8	3	P.R.P. 2021-2025: PP7	A	Numero 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	Almeno n. 170 cantieri vigilati	Il perseguimento di questo obiettivo è vincolato alla disponibilità di personale
9	3	P.R.P. 2021-2025: PP8	A	Piano mirato di prevenzione come misura di contrasto ad infortuni e malattie professionali: Elaborazione e avvio di un PMP	Almeno un nuovo Piano Mirato di prevenzione avviato	Report riepilogativo da inviare al Direttore del Dipartimento
10	3	P.R.P. 2021-2025: PP3	A	Realizzazione di un progetto di salute a livello territoriale per la mappatura del cardiorischio in lavoratori di età superiore ai 45 anni	Almeno 120 lavoratori coinvolti nel progetto	Obiettivo subordinato alla fornitura di Kit
11	3	P.R.P. 2021-2025: PP8	A	Numero di controlli annui in coordinamento con ACR REACH-CLP	n. 50 controlli di scenari di sicurezza in coordinamento con l'Autorità competente Regionale REACH-CLP-Biocidi	

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2025

Rimodulata nel Settembre 2024

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

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.
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	Promozione della sicurezza alimentare	A	C.U./ Audit su laboratori che effettuano analisi per Autocontrollo su alimenti	Effettuazione di almeno 2 audit	Relazione semestrale da inviare al Direttore del Dipartimento. Controllo congiunto SIAV B- SIAV C e Arpa Puglia
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 del settore Alimentare (OSA)	Organizzazione di almeno un Corso 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 2 ispezioni congiunte	Obiettivo condiviso tra SIAN Area Metropolitana e SIAV B Area Metropolitana
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	6 % = numero di ispezioni e audit effettuati/ numero di OSA Registrati Reg. CE 852/04*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 Gennaio 2025

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

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

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	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.
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	Effettuazione di AUDIT congiunti con SIAV B Nord su ristorazione scolastica e socio assistenziale	Effettuazione di almeno 1 audit	Obiettivo condiviso tra SIAN Nord e SIAV B Nord
8	3	Formazione	M	Formazione di Dirigenti Medici e Tecnici della Prevenzione	Organizzazione di un corso in materia di rischi microbiologici emergenti per la sicurezza alimentare che originano dalle pressioni antropiche in ambiente agricolo	Obiettivo condiviso tra SIAN Nord e SIAV B Nord. Nella Relazione di fine anno descrivere data, sede, argomento e n. partecipanti
9	3	Formazione	M	Formazione operatori del settore Alimentare (OSA)	Organizzazione di un corso riguardante Celiachia	Nella Relazione di fine anno descrivere data, sede, argomento e n. partecipanti
10	3	P.R.P. 2021-2025: PP3	A	Realizzazione di un progetto di salute a livello territoriale per la mappatura del cardiorischio in lavoratori di età superiore ai 45 anni	Almeno 300 lavoratori coinvolti nel progetto	Obiettivo condiviso tra SPESAL Nord e SIAN Nord. Coordinato da SPESAL Area Nord. Obiettivo subordinato alla fornitura di Kit

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2025

Rimodulata nel Settembre 2024

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

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.
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 6 controlli	PRC 2018-2020
7	3	Promozione della sicurezza alimentare	A	10 cc.uu.* (ispezione, audit, campionamento) congiunti presso centri cottura e terminali di 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
8	3	Promozione della sicurezza alimentare	A	Ispezioni programmate presso OSA nella misura di 279/anno, comprendendo ispezioni presso Aziende Primarie, rivenditori di fitosanitari, pozzi, serbatoi e cassette dell'acqua.	Incremento del 5% rispetto a quanto comunicato con relazione annuale di attività 2023 (Prot. N. 17309/2024 del 01/03/2024)	
9	3	Promozione della sicurezza alimentare	A	8 Audit su attività indicizzate come ad alto rischio	Raggiungimento almeno dell'80% del target previsto	PREVISTO DAL PRP 2021/2025: PL 12 OS01
10	3	Promozione della sicurezza alimentare	A	Controlli mirati sull'utilizzo del sale iodato nella ristorazione collettiva e nelle attività di vendita	30 controlli	Report riepilogativo da inviare al Direttore del Dipartimento. Fonte: Registri di attività
11	3	Promozione della sicurezza alimentare	A	Valutazione nutrizionale Scheda 4.7 ristorazione collettiva scolastica e socio-assistenziale	35/ANNO	
12	3	Formazione	M	Organizzazione di almeno 2 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 OS01
13	3	Formazione	M	Organizzazione di un evento formativo destinato agli operatori dei servizi di sicurezza alimentare e nutrizionale riguardo la ristorazione collettiva in un'ottica one health	Organizzazione di n. 1 evento	PREVISTO DAL PRP 2021/2025: PL 15 OS02_IS02
14	3	Formazione	M	Organizzazione di un evento formativo destinato a OSA e commissioni mensa riguardo la ristorazione collettiva in un'ottica one health	Organizzazione di n. 1 evento	PREVISTO DAL PRP 2021/2025: PL 15 OT03_IT03
15	3	Formazione	M	Organizzazione di un evento formativo destinato agli operatori dei servizi di sicurezza alimentare e nutrizionale riguardo la prevenzione e la gestione delle intossicazioni da funghi epigei	Organizzazione di n. 1 evento	PREVISTO DAL PRP 2021/2025: PL 15 OS04_IS03

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2025

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**DIPARTIMENTO**

Dipartimento di Prevenzione

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

<b>16</b>	3	Formazione	M	Organizzazione di un evento formativo destinato agli operatori dei servizi di sicurezza alimentare e nutrizionale riguardo le indagini di polizia giudiziaria ed il procedimento penale nell'ambito della sicurezza alimentare	Organizzazione n. 1 corso	PAF 2025
<b>17</b>	3	Formazione	M	Organizzazione di un evento formativo destinato agli operatori dei servizi di sicurezza alimentare e nutrizionale riguardo il Controllo Ufficiale di laboratori che eseguono analisi nell'ambito dell'autocontrollo delle imprese alimentari	Organizzazione n. 1 corso	PAF 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 Gennaio 2025**

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

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

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	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.
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 e caprini controllati per Scrapie classica / totale allevamenti ovini e caprini soggetti al programma	100%	
8	3	Controlli sugli allevamenti	A	Allevamenti controllati per TBC e LEB bovina / totale allevamenti bovini soggetti al programma	100%	
9	3	Controlli sugli allevamenti	A	Allevamenti controllati per BR ovi-caprina / totale allevamenti ovi-caprini soggetti al programma	100%	
10	3	Controlli sugli allevamenti	A	Allevamenti controllati 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	A	Allevamenti equini controllati/tot. allevamenti equini controllabili	3%	
13	3	Controlli sugli allevamenti	A	Allevamenti controllabili per Aujeszky/totale allevamenti suini soggetti al programma	100%	
14	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/misto	60%	
15	3	Controllo e contenimento randagismo	A	Cani randagi catturati identificati ed iscritti nel sistema SIRAAF / cani randagi catturati	100%	
16	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 Gennaio 2025

Rimodulata nel Settembre 2024

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

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

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	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.
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 e caprini controllati per Scrapie classica / totale allevamenti ovini e caprini soggetti al programma	100%	
8	3	Controlli sugli allevamenti	A	Allevamenti controllati per TBC e LEB bovina / totale allevamenti bovini soggetti al programma	100%	
9	3	Controlli sugli allevamenti	A	Allevamenti controllati per BR ovi-caprina / totale allevamenti ovi-caprini soggetti al programma	100%	
10	3	Controlli sugli allevamenti	A	Allevamenti controllati 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	A	Allevamenti equini controllati/tot. allevamenti equini controllabili	3%	
13	3	Controlli sugli allevamenti	A	Allevamenti controllabili per Aujeszky/totale allevamenti suini soggetti al programma	100%	
14	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/misto	60%	
15	3	Controllo e contenimento randagismo	A	Cani randagi catturati identificati ed iscritti nel sistema SIRAAF / cani randagi catturati	100%	
16	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 Gennaio 2025

Rimodulata nel Settembre 2024

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

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

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	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.
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 e caprini controllati per Scrapie classica / totale allevamenti ovini e caprini soggetti al programma	100%	
8	3	Controlli sugli allevamenti	A	Allevamenti controllati per TBC e LEB bovina / totale allevamenti bovini soggetti al programma	100%	
9	3	Controlli sugli allevamenti	A	Allevamenti controllati per BR ovi-caprina / totale allevamenti ovi-caprini soggetti al programma	100%	
10	3	Controlli sugli allevamenti	A	Allevamenti controllati 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	A	Allevamenti equini controllati/tot. allevamenti equini controllabili	3%	
13	3	Controlli sugli allevamenti	A	Allevamenti controllabili per Aujeszky/totale allevamenti suini soggetti al programma	100%	
14	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/misto	60%	
15	3	Controllo e contenimento randagismo	A	Cani randagi catturati identificati ed iscritti nel sistema SIRAAF / cani randagi catturati	100%	
16	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 Gennaio 2025

Rimodulata nel Settembre 2024

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

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.
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 attività di controllo sulla sicurezza alimentare	A	Controllo dei caseifici riconosciuti e registrati	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 attività di controllo 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 attività di controllo 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 attività di controllo 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 "Tecniche e procedure di polizia giudiziaria nell'ambito della sicurezza alimentare"	Organizzazione di n. 1 corso di formazione	
13	3	Promozione della sicurezza alimentare	A	Controllo dei laboratori che eseguono analisi per l'autocontrollo	Effettuazione di n. 2 audit	Attività congiunta SIAV B, SIAV C e ARPA Puglia
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 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. CE 852/04*100	RIVERA - Rendicontazione All. 9 Accordo Stato Regioni del 10 novembre 2016, rep 212 - OBIETTIVO ASSEGNATO CON DGR 1558 DEL 13/11/2023
16	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. CE 853/04*100 Minimo 12 AUDIT	RIVERA - Rendicontazione 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 Gennaio 2025

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

DIPARTIMENTO

Dipartimento di Prevenzione

UNITA' OPERATIVA

UOC D. PREV. - SIAV-B - Area Metropolitana

17	3	Potenziamento attività di controllo sulla sicurezza alimentare	A	Certificazioni/attestazioni sanitarie richieste dagli OSA ai fini dell'esportazione degli Alimenti di Origine Animale, rilasciate entro i termini richiesti	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 Gennaio 2025

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

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

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture	Giorni consegna alla Direzione del Dipartimento della determina di liquidazione < 15 gg dalla registrazione delle fatture	Data di consegna della determina al Dip. di Prevenzione. Certificato dalla Direzione del Dipartimento.
2	3	Attuazione 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 attività di controllo sulla sicurezza alimentare	M	Controllo dei caseifici riconosciuti e registrati	Controllo del 100% dei nuovi impianti	utilizzo delle check list SEU predisposte dalla Regione Puglia
7	3	Potenziamento attività di controllo sulla sicurezza alimentare	A	Programmazione ed esecuzione di controlli congiunti con il SIAN sulla ristorazione scolastica e socioassistenziale	Esecuzione di un Audit	Obiettivo condiviso con UOC SIAN
8	3	Promozione della sicurezza alimentare	M	Controlli ufficiali congiunti con il SIAN sulla Ristorazione collettiva e socioassistenziale	Esecuzione di due ispezioni	Obiettivo condiviso con UOC SIAN
9	3	Potenziamento attività di controllo 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
10	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
11	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
12	3	Attuazione del Piano Regionale Integrato dei Controlli con esecuzione di audit su OSA riconosciuti	A	Numero di audit su OSA riconosciuti ai sensi del Reg. CE 853/04	Esecuzione di sei audit	RIVERA: Rendicontazione all. 9 Accordo Stato Regioni del 10/11/2016, rep. 212: OBIETTIVO ASSEGNATO CON DGR 1558 DEL 13/11/2003
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
14	3	Formazione	M	Formazione di Dirigenti Medici, Veterinari e Tecnici della Prevenzione	Realizzazione di un evento/corso di formazione in tema di procedure di esportazione degli alimenti, con particolare attenzione ai requisiti e agli obblighi normativi	Nella Relazione di fine anno descrivere data, sede, argomento e n. partecipanti
15	3	Formazione	M	Formazione di Dirigenti Medici, Veterinari e Tecnici della Prevenzione	Organizzazione e realizzazione di un corso di formazione qualificante per eseguire i controlli ufficiali sui laboratori che eseguono le analisi nell'ambito dell'autocontrollo delle imprese alimentari	Nella Relazione di fine anno descrivere data, sede, argomento e n. partecipanti

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2025

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**DIPARTIMENTO**

Dipartimento di Prevenzione

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

<b>16</b>	3	Formazione	M	Formazione di Dirigenti Medici, Veterinari e Tecnici della Prevenzione	Realizzazione di un evento/corso di formazione sui rischi microbiologici emergenti per la sicurezza alimentare che originano dalle pressioni antropiche in ambiente agricolo	Nella Relazione di fine anno descrivere data, sede, argomento e n. partecipanti
<b>17</b>	3	Potenziamento attività di controllo sulla sicurezza alimentare	A	Controllo degli OSA che effettuano l'e-commerce alimentare	Controllo Ufficiale su un OSA che effettua vendita di alimenti online/a distanza	Considerando 49 e art. 15 Reg. UE 2017/625, art. 14 del Reg.(UE) 1169/2011

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

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

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

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

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

**Sottoscritta nel Gennaio 2025**

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

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.
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	Promozione della sicurezza alimentare	A	10 cc.uu.* (ispezione, audit, campionamento) congiunti presso centri cottura e terminali di 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
7	3	Promozione della sicurezza alimentare	M	7 Audit su attività indicizzate come ad alto rischio	Raggiungimento almeno dell'80%	
8	3	Formazione	A	Organizzazione di un evento formativo destinato a OSA e commissioni mensa riguardo la ristorazione collettiva in un'ottica one health	TargetOrganizzazione di n. 1 evento	PREVISTO DAL PRP 2021/2025: PL 15 OT03_IT03
9	3	Promozione della sicurezza alimentare	M	Organizzazione di un evento formativo destinato a operatori degli impianti di macellazione – igiene generale GMP e GHP – prelievamento dei campioni per la ricerca della trichina nelle specie sensibili	Organizzazione di n. 1 evento	
10	3	Promozione della sicurezza alimentare	M	Organizzazione di un evento formativo destinato a operatori degli impianti di macellazione – benessere degli animali alla macellazione	Organizzazione di n. 1 evento	
11	3	Potenziamento attività di controllo 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
12	3	Potenziamento attività di controllo sulla sicurezza alimentare	A	Piano di monitoraggio armonizzato sulla resistenza agli antimicrobici (AMR) dei batteri zoonotici e commensali	100% dei prelievi previsti	ai sensi della Decisione 2013/652/UE
13	3	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
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

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2025

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**DIPARTIMENTO** Dipartimento di Prevenzione

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

<b>15</b>	<b>3</b>	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 Gennaio 2025**

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

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

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture	Giorni consegna alla Direzione del Dipartimento della determina di liquidazione < 15 gg dalla registrazione delle fatture	Data di consegna della determina al Dip. di Prevenzione. Certificato dalla Direzione del Dipartimento.
2	3	Attuazione 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 attività di controllo 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 attività di controllo sul benessere animale in allevamento	A	n. scorte proprie del veterinario per attività zootriche/ 33% del totale delle scorte proprie del veterinario per attività zootriche	5%	Rif. D.L.vo 193/2006, nota MS DGSFA n.1466-P del 26.01.12.
11	3	Formazione	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	Potenziamento attività di controllo sul benessere animale in allevamento	A	Sorveglianza e monitoraggio dell'impiego degli antibiotici in ambito veterinario	Realizzazione di verifiche annuali attraverso la sorveglianza/monitoraggio almeno del 10% degli allevamenti con le DDDAit 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
13	3	Potenziamento attività di controllo sugli impianti che trasformano Sottoprodotti di Origine Animale	A	Numero di controlli previsti/Numero di controlli effettuati	75%	Reg. (CE) n. 1069/2009, Reg. (UE) n. 142/2011 e D.G.R. Puglia n. 2234/2013

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2025

Rimodulata nel Settembre 2024

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

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 Dipartimento.
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 attività di controllo 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	Formazione	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	Ispezione/Controllo, in esecuzione al Piano Nazionale Alimentazione Animale, presso gli Allevamenti con animali destinati alla produzione di alimenti e loro derivati	A	Allevamenti animali da reddito	10% Allevamenti/Totale allevamenti DPA	Piano Nazionale Alimentazione Animale 2024/2026
13	3	Potenziamento attività di controllo sul benessere animale in allevamento	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 Gennaio 2025

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

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 Dipartimento.
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 attività di controllo 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	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	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	A	Allevamenti DPA previsti/controllati per la corretta gestione del farmaco	30%	Piano Nazionale della Farmacosorveglianza 2024
16	3	Formazione	M	Piano di formazione aziendale: preparazione e svolgimento del corso di formazione aziendale "Farmacosorveglianza alla luce del Reg. Ue 2019/6 e del D.Lgs 7/12/2023 n. 218 "	Realizzazione di un percorso formativo annuale	

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2025

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

17	3	Potenziamento attività di farmacovigilanza	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 Gennaio 2025

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

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.
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	Controllo e contenimento randagismo	A	Cani randagi catturati identificati ed iscritti Anagrafe Canina Regionale / cani randagi catturati per le Macroaree Metro, Nord e Sud	100%	
8	3	Controllo e contenimento randagismo	A	Iscrizione in BDR sistema SIRAAF di tutte le Colonie feline conosciute per le Macroaree Metro, Nord e Sud	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 Gennaio 2025

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**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	Clinical governance	M	Ampliamento dei punti di offerta diagnostico-operativa	Avvio del centro screening presso il P.O. Umberto I Corato	Obiettivo condizionato alle disponibilità strutturali, logistiche, strumentali e di personale
5	3	Potenziamento screening oncologici	M	Organizzazione un unico evento cumulativo per tutti gli screening aziendali attivi con eventuale coinvolgimento degli esponenti regionali	Organizzazione n. 1 evento	Obiettivo condiviso tra le UU.OO.OO. Screening
6	3	Formazione	B	Organizzazione di evento formativo aziendale dedicato ai TSRM impegnanti nel programma di screening	Organizzazione n. 1 evento	
7	4	Clinical governance	A	Avvio procedura CEM BIOPSY per ridurre la percentuale di esiti inadeguati	Riduzione della percentuale di esiti inadeguati in Pazienti con diagnosi di sospetto carcinoma mammario	
8	3	Miglioramento della qualità assistenziale	A	Percentuale di adesione: % di persone in età target che eseguono il test / donne residenti (ind. LEA/NSG)	50% della popolazione residente	

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

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

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

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

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

**Sottoscritta nel Gennaio 2025**
**Rimodulata nel Settembre 2024**
**DIRETTORE DIPARTIMENTO**
**DIRETTORE GENERALE**

**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	Consolidamento dei punti di offerta diagnostico-operativa di recente apertura per lo screening	Incremento delle prestazioni erogate a favore dello screening nei centri di nuova apertura rispetto al 2024	Obiettivo condizionato alle disponibilità strutturali, logistiche, strumentali e di personale
4	3	Formazione	M	Organizzazione di evento formativo aziendale – Formazione Continua Interdisciplinare (PL 13 – PNP 20-25)	Organizzazione n. 1 evento	
5	3	Potenziamento screening oncologici	M	Organizzazione un unico evento cumulativo per tutti gli screening aziendali attivi con eventuale coinvolgimento degli esponenti regionali	Organizzazione n. 1 evento	Obiettivo condiviso tra le UU.OO.OO. Screening

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

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

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

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

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

**Sottoscritta nel Gennaio 2025**
**Rimodulata nel Settembre 2024**
**DIRETTORE DIPARTIMENTO**
**DIRETTORE GENERALE**

**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 della qualità assistenziale	A	Percentuale di adesione: % di persone in età target che eseguono il test / donne residenti (ind. LEA/NSG)	45% della popolazione residente	
4	3	Formazione	M	Organizzazione di evento formativo aziendale indirizzato al personale addetto al I Livello	Organizzazione evento in 2/3 date	Evento proposto nel Piano Formativo 2024 prot. 81763 del 30/10/2023
5	3	Potenziamento screening oncologici	M	Organizzazione un unico evento cumulativo per tutti gli screening aziendali attivi con eventuale coinvolgimento degli esponenti regionali	Organizzazione n. 1 evento	Obiettivo condiviso tra le UU.OO.OO. Screening
6	3	Miglioramento della qualità assistenziale	A	Completamento rete di 2' livello	Attivazione centro di Santeramo in Colle	Obiettivo condizionato dalla presenza di personale specialistico dedicato e di strumentazione in fase di acquisto
	2					

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2025

Rimodulata nel Settembre 2024

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**DIPARTIMENTO** Dipartimento di Prevenzione

**UNITA' OPERATIVA** **UOSVD D. PREV. - Igiene Industriale**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	P.R.P. 2021-2025: PP8	A	Controlli su sostanze e miscele classificate cancerogene su iniziativa degli SPESAL	n. 10 campionamenti di polveri di legno duro	Report riepilogativo da inviare al Coordinatore provinciale SPESAL
2	3	Salute e sicurezza nei luoghi di lavoro	A	Misurazione agenti fisici in ambienti di lavoro	n. 16 campionamenti di agenti fisici – rumore	Report riepilogativo da inviare al Coordinatore provinciale SPESAL
3	3	Salute e sicurezza nei luoghi di lavoro	A	Misurazione agenti biologici in ambiente di lavoro	n. 50 campionamenti dell'acqua per la ricerca di Legionella	Report riepilogativo da inviare al Coordinatore provinciale SPESAL
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	
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

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2025

Rimodulata nel Settembre 2024

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

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 29/02/2025 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 i termini previsti	

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2025

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**DIPARTIMENTO**

Dipartimento di Area Chirurgica

**UNITA' OPERATIVA**
**UOC Chirurgia Generale Osp. San Paolo**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Indice Chirurgico	> 85%	Al netto dei Ricoveri da P.S.
2 # 3	Clinical governance	M	Degenza Media Pre Operatoria	≤ 1.5 gg.	Su ricoveri programmati
3 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 4%	
4 # 3	Clinical governance	M	Percentuale Colectomie Laparoscopiche con D.M. postop. <3gg	≥ 50%	Su ricoveri programmati
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 Raccomandazione n.2 e Checklist di Sala Operatoria	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
9 # 3 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 Gennaio 2025**
**Rimodulata nel Settembre 2024**
**DIRETTORE DIPARTIMENTO**
**DIRETTORE GENERALE**

**DIPARTIMENTO**

Dipartimento di Area Chirurgica

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

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Indice Chirurgico	> 85%	Al netto dei Ricoveri da P.S.
2 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
3 # 1 2	Sanità digitale	M	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
4 # 3	Miglioramento della qualità assistenziale	A	Inserimento di espansore mammario immediato post-Mastectomia (età ≤ 55 aa)	≥ 10% delle pazienti	obiettivo condiviso con UU.OO. della BU (Chir. Plastica, Chir. Senologica)
5 # 3	Clinical governance	M	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n.2 e Checklist di Sala Operatoria	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
9 # 3 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 Gennaio 2025**
**Rimodulata nel Settembre 2024**
**DIRETTORE DIPARTIMENTO**
**DIRETTORE GENERALE**

**DIPARTIMENTO**

Dipartimento di Area Chirurgica

**UNITA' OPERATIVA**
**UOSVD Chirurgia Senologica Osp. San Paolo**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Indice Chirurgico	> 85%	Al netto dei Ricoveri da P.S.
2 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
3 # 1 2	Sanità digitale	M	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
4 3	Miglioramento della qualità assistenziale	A	Inserimento di espansore mammario immediato post-Mastectomia (età ≤ 55 aa)	≥ 10% delle pazienti	obiettivo condiviso con UU.OO. della BU (Chir. Plastica, Chir. Senologica)
5 3	Miglioramento della qualità assistenziale	A	Inizio terapia medica oncologica dalla data della diagnosi conclusiva discussa in MMD	Entro 30 giorni dalla diagnosi conclusiva discussa in MMD	Obiettivo condiviso tra Chir. Senologica e Oncologia
6 3	Clinical governance	M	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n.2 e Checklist di Sala Operatoria	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
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	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 Gennaio 2025

Rimodulata nel Settembre 2024

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**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 operativa	A	Fatturato prestazioni ambulatoriali esterne	Fatturato prestazioni ambulatoriali esterne 2025 > 2024	
5 # 3	Clinical governance	A	Percentuale di Day Service erogati a seguito di prenotazione su Agenda in nCUP	>90%	
6 3	Clinical governance	M	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n.2 e Checklist di Sala Operatoria	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2025

Rimodulata nel Settembre 2024

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**DIPARTIMENTO**

Dipartimento di Area Chirurgica

**UNITA' OPERATIVA**
**UOC Chirurgia Generale Osp. Di Venere**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Indice Chirurgico	> 85%	Al netto dei Ricoveri da P.S.
2 # 3	Clinical governance	M	Degenza Media Pre Operatoria	≤ 1.5 gg.	Su ricoveri programmati
3 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 4%	
4 # 3	Clinical governance	M	Percentuale Colectomie Laparoscopiche con D.M. postop. <3gg	≥ 50%	Su ricoveri programmati
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 Raccomandazione n.2 e Checklist di Sala Operatoria	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%	
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 Gennaio 2025**
**Rimodulata nel Settembre 2024**
**DIRETTORE DIPARTIMENTO**
**DIRETTORE GENERALE**

**DIPARTIMENTO**

Dipartimento di Area Chirurgica

**UNITA' OPERATIVA**
**UOC Chirurgia Generale Osp. della Murgia**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Indice Chirurgico	> 85%	Al netto dei Ricoveri da P.S.
2 # 3	Clinical governance	M	Degenza Media Pre Operatoria	≤ 1.5 gg.	Su ricoveri programmati
3 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 4%	
4 # 3	Clinical governance	M	Percentuale Colectomie Laparoscopiche con D.M. postop. <3gg	≥ 70%	Su ricoveri programmati
5 # 1 2	Sanità digitale	M	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
6 # 3	Clinical governance	M	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n.2 e Checklist di Sala Operatoria	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
9 # 3 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 Gennaio 2025**
**Rimodulata nel Settembre 2024**
**DIRETTORE DIPARTIMENTO**
**DIRETTORE GENERALE**

**DIPARTIMENTO**

Dipartimento di Area Chirurgica

**UNITA' OPERATIVA**
**UOC Chirurgia Generale Osp. Monopoli**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Indice Chirurgico	> 85%	Al netto dei Ricoveri da P.S.
2 # 3	Clinical governance	M	Degenza Media Pre Operatoria	≤ 1.5 gg.	Su ricoveri programmati
3 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 4%	
4 # 3	Clinical governance	M	Percentuale Colectomie Laparoscopiche con D.M. postop. <3gg	≥ 70%	Su ricoveri programmati
5 # 1 2	Sanità digitale	M	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
6 # 3	Clinical governance	M	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n.2 e Checklist di Sala Operatoria	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
9 # 3 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 Gennaio 2025**
**Rimodulata nel Settembre 2024**
**DIRETTORE DIPARTIMENTO**
**DIRETTORE GENERALE**

**DIPARTIMENTO**

Dipartimento di Area Chirurgica

**UNITA' OPERATIVA**
**UOC Chirurgia Generale Osp. Putignano**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Indice Chirurgico	> 85%	Al netto dei Ricoveri da P.S.
2 # 3	Clinical governance	M	Degenza Media Pre Operatoria	≤ 1.5 gg.	Su ricoveri programmati
3 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 4%	
4 # 3	Clinical governance	M	Percentuale Colectomie Laparoscopiche con D.M. postop. <3gg	≥ 70%	Su ricoveri programmati
5 # 1 2	Sanità digitale	M	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
6 # 3	Clinical governance	M	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n.2 e Checklist di Sala Operatoria	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
9 # 3 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 Gennaio 2025**
**Rimodulata nel Settembre 2024**
**DIRETTORE DIPARTIMENTO**
**DIRETTORE GENERALE**

**DIPARTIMENTO**

Dipartimento di Area Chirurgica

**UNITA' OPERATIVA**
**UOC Chirurgia Generale 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 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 4%	
4 # 3	Clinical governance	M	Percentuale Colectomie Laparoscopiche con D.M. postop. <3gg	≥ 70%	Su ricoveri programmati
5 # 1 2	Sanità digitale	M	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
6 # 3	Clinical governance	M	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n.2 e Checklist di Sala Operatoria	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
9 # 3 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 Gennaio 2025**
**Rimodulata nel Settembre 2024**
**DIRETTORE DIPARTIMENTO**
**DIRETTORE GENERALE**

**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 operativa	A	Fatturato prestazioni ambulatoriali esterne	Fatturato prestazioni ambulatoriali esterne 2025 > 2024	
5 3	Clinical governance	M	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n.2 e Checklist di Sala Operatoria	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
6 # 3	Clinical governance	A	Percentuale di Day Service erogati a seguito di prenotazione su Agenda in nCUP	>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 Gennaio 2025

Rimodulata nel Settembre 2024

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**DIPARTIMENTO**

Dipartimento di Area Chirurgica

**UNITA' OPERATIVA**
**UOSVD 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%	Su ricoveri programmati
5 # 1 2	Sanità digitale	M	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
6 # 3	Clinical governance	M	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n.2 e Checklist di Sala Operatoria	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
9 # 3 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 Gennaio 2025**
**Rimodulata nel Settembre 2024**
**DIRETTORE DIPARTIMENTO**
**DIRETTORE GENERALE**

**DIPARTIMENTO**

Dipartimento Nefrourologico

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

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 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	
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 Gennaio 2025**
**Rimodulata nel Settembre 2024**
**DIRETTORE DIPARTIMENTO**
**DIRETTORE GENERALE**

**DIPARTIMENTO**

Dipartimento Nefrourologico

**UNITA' OPERATIVA**
**UOC Urologia Osp. Molfetta**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Indice Chirurgico	> 85%	Al netto dei Ricoveri da P.S.
2 # 3	Clinical governance	M	Degenza Media Pre Operatoria	≤ 1.5 gg.	Su ricoveri programmati
3 # 3	Clinical governance	M	Rapporto tra ricoveri con DRG a rischio di inappropriately e ricoveri con DRG non a rischio inappropriately in regime ordinario	≤ 0,21	0,21 = intervallo di adeguatezza Comitato LEA
4 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
5 # 1 2	Sanità digitale	M	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 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 Raccomandazione n.2 e Checklist di Sala Operatoria	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.
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 Gennaio 2025**
**Rimodulata nel Settembre 2024**
**DIRETTORE DIPARTIMENTO**
**DIRETTORE GENERALE**

**DIPARTIMENTO**

Dipartimento Nefrourologico

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

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 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 4 3	Clinical governance	A	Elaborazione di Percorso integrato per la gestione degli accessi vascolari per Emodialisi	Invio della procedura elaborata secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Obiettivo in comune tra U.O.C. Chirurgia Vascolare Di Venere e U.O.C. Nefrologia Di Venere. Allegare alla Relazione finale la documentazione di invio
10# 3 4	Sanità digitale	B	Percentuale di Cartelle Cliniche Elettroniche chiuse	100%	
11 3	Clinical governance	M	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 13 per la prevenzione delle cadute aggiornata	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.

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

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

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

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

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

**Sottoscritta nel Gennaio 2025**
**Rimodulata nel Settembre 2024**
**DIRETTORE DIPARTIMENTO**
**DIRETTORE GENERALE**

**DIPARTIMENTO**

Dipartimento Nefrourologico

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

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Indice Chirurgico	> 85%	Al netto dei Ricoveri da P.S.
2 # 3	Clinical governance	M	Degenza Media Pre Operatoria	≤ 1.5 gg.	Su ricoveri programmati
3 # 3	Clinical governance	M	Rapporto tra ricoveri con DRG a rischio di 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 50 ricoveri	
7 # 3	Clinical governance	M	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n.2 e Checklist di Sala Operatoria	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.
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 Gennaio 2025**
**Rimodulata nel Settembre 2024**
**DIRETTORE DIPARTIMENTO**
**DIRETTORE GENERALE**

**DIPARTIMENTO**

Dipartimento Nefrourologico

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

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 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 Raccomandazione n. 13 per la prevenzione delle cadute aggiornata	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.
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 Gennaio 2025**
**Rimodulata nel Settembre 2024**
**DIRETTORE DIPARTIMENTO**
**DIRETTORE GENERALE**

**DIPARTIMENTO**

Dipartimento Nefrourologico

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

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Indice Chirurgico	> 85%	Al netto dei Ricoveri da P.S.
2 # 3	Clinical governance	M	Degenza Media Pre Operatoria	≤ 1.5 gg.	Su ricoveri programmati
3 # 3	Clinical governance	M	Rapporto tra ricoveri con DRG a rischio di 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	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 Raccomandazione n.2 e Checklist di Sala Operatoria	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.
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 Gennaio 2025**
**Rimodulata nel Settembre 2024**
**DIRETTORE DIPARTIMENTO**
**DIRETTORE GENERALE**

**DIPARTIMENTO**

Dipartimento Nefrourologico

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

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Indice Chirurgico	> 85%	Al netto dei Ricoveri da P.S.
2 # 3	Clinical governance	M	Degenza Media Pre Operatoria	≤ 1.5 gg.	Su ricoveri programmati
3 # 3	Clinical governance	M	Rapporto tra ricoveri con DRG a rischio di inappropriately e ricoveri con DRG non a rischio inappropriately in regime ordinario	≤ 0,21	0,21 = intervallo di adeguatezza Comitato LEA
4 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
5 # 1	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 Raccomandazione n.2 e Checklist di Sala Operatoria	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.
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 Gennaio 2025**
**Rimodulata nel Settembre 2024**
**DIRETTORE DIPARTIMENTO**
**DIRETTORE GENERALE**

**DIPARTIMENTO**

Dipartimento Nefrourologico

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

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 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	
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 Gennaio 2025**
**Rimodulata nel Settembre 2024**
**DIRETTORE DIPARTIMENTO**
**DIRETTORE GENERALE**

**DIPARTIMENTO**

Dipartimento di Ortopedia

**UNITA' OPERATIVA**
**UOC Ortopedia e Traumatologia Osp. San Paolo**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Indice Chirurgico	> 85%	Al netto dei Ricoveri da P.S.
2 # 3	Clinical governance	M	Degenza Media Pre Operatoria	≤ 1.5 gg.	Su ricoveri programmati
3 # 3 4	Clinical governance	M	Rapporto tra ricoveri con DRG a rischio di inappropriately e ricoveri con DRG non a rischio inappropriately in regime ordinario	≤ 0,21	0,21 = intervallo di adeguatezza Comitato LEA
4 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
5 # 3 4	Clinical governance	A	% Pazienti con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 48 ore dal ricovero in regime ordinario in pazienti > 65 anni	> 80%	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Ortopedia e le UU.OO. di Anestesia e Rianimazione
6 # 1 2	Sanità digitale	M	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 40% dei pazienti dimessi	
7 3	Clinical governance	M	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n.2 e Checklist di Sala Operatoria	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 3	Miglioramento della qualità assistenziale	A	N. ricoveri chirurgici con utilizzo di procedure robotizzate su protesi di ginocchio	N. 70 ricoveri totali dipartimentali	
12 # 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 Gennaio 2025**
**Rimodulata nel Settembre 2024**
**DIRETTORE DIPARTIMENTO**
**DIRETTORE GENERALE**

**DIPARTIMENTO**

Dipartimento di Ortopedia

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

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Indice Chirurgico	> 85%	Al netto dei Ricoveri da P.S.
2 # 3	Clinical governance	M	Degenza Media Pre Operatoria	≤ 1.5 gg.	Su ricoveri programmati
3 # 3	Clinical governance	M	Rapporto tra ricoveri con DRG a rischio di 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 Raccomandazione n.2 e Checklist di Sala Operatoria	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	
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 Gennaio 2025**
**Rimodulata nel Settembre 2024**
**DIRETTORE DIPARTIMENTO**
**DIRETTORE GENERALE**

**DIPARTIMENTO**

Dipartimento di Ortopedia

**UNITA' OPERATIVA**
**UOC Ortopedia e Traumatologia Osp. Di Venere**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Indice Chirurgico	> 85%	Al netto dei Ricoveri da P.S.
2 # 3	Clinical governance	M	Degenza Media Pre Operatoria	≤ 1.5 gg.	Su ricoveri programmati
3 # 3 4	Clinical governance	M	Rapporto tra ricoveri con DRG a rischio di inappropriately e ricoveri con DRG non a rischio inappropriately in regime ordinario	≤ 0,21	0,21 = intervallo di adeguatezza Comitato LEA
4 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
5 # 3 4	Clinical governance	A	% Pazienti con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 48 ore dal ricovero in regime ordinario in pazienti > 65 anni	> 80%	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Ortopedia e le UU.OO. di Anestesia e Rianimazione
6 # 1 2	Sanità digitale	M	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 40% dei pazienti dimessi	
7 3	Clinical governance	M	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n.2 e Checklist di Sala Operatoria	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 3	Miglioramento della qualità assistenziale	A	N. ricoveri chirurgici con utilizzo di procedure robotizzate su protesi di ginocchio	N. 70 ricoveri totali dipartimentali	
12 # 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 Gennaio 2025

Rimodulata nel Settembre 2024

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**DIPARTIMENTO**

Dipartimento di Ortopedia

**UNITA' OPERATIVA**
**UOC Ortopedia e Traumatologia Osp. della Murgia**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Indice Chirurgico	> 85%	Al netto dei Ricoveri da P.S.
2 # 3	Clinical governance	M	Degenza Media Pre Operatoria	≤ 1.5 gg.	Su ricoveri programmati
3 # 3	Clinical governance	M	Rapporto tra ricoveri con DRG a rischio di 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 Raccomandazione n.2 e Checklist di Sala Operatoria	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	
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 Gennaio 2025**
**Rimodulata nel Settembre 2024**
**DIRETTORE DIPARTIMENTO**
**DIRETTORE GENERALE**

**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 Raccomandazione n.2 e Checklist di Sala Operatoria	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	
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 Gennaio 2025**
**Rimodulata nel Settembre 2024**
**DIRETTORE DIPARTIMENTO**
**DIRETTORE GENERALE**

**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 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 Raccomandazione n.2 e Checklist di Sala Operatoria	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	
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 Gennaio 2025**
**Rimodulata nel Settembre 2024**
**DIRETTORE DIPARTIMENTO**
**DIRETTORE GENERALE**

**DIPARTIMENTO**

Dipartimento di Area Medica

**UNITA' OPERATIVA**
**UOC Medicina Interna Osp. San Paolo**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Peso medio DRG	≥ 1.25	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 inappropriately e ricoveri con DRG non a rischio inappropriately in regime ordinario	≤ 0,21	0,21 = intervallo di adeguatezza Comitato LEA
4 # 1 2	Sanità digitale	M	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 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 Raccomandazione n. 13 per la prevenzione delle cadute aggiornata	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.
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	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 Gennaio 2025**
**Rimodulata nel Settembre 2024**
**DIRETTORE DIPARTIMENTO**
**DIRETTORE GENERALE**

**DIPARTIMENTO**

Dipartimento di Area Medica

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

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Peso medio DRG	≥ 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 Raccomandazione n. 13 per la prevenzione delle cadute aggiornata	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.
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 Gennaio 2025

Rimodulata nel Settembre 2024

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**DIPARTIMENTO**

Dipartimento di Area Medica

**UNITA' OPERATIVA**
**UOC Medicina Interna Osp. Di Venere**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Peso medio DRG	≥ 1.25	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 inappropriatezza e ricoveri con DRG non a rischio inappropriatezza in regime ordinario	≤ 0,21	0,21 = intervallo di adeguatezza Comitato LEA
4 # 1 2	Sanità digitale	M	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 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 Raccomandazione n. 13 per la prevenzione delle cadute aggiornata	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.
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 Gennaio 2025

Rimodulata nel Settembre 2024

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**DIPARTIMENTO**

Dipartimento di Area Medica

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

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Peso medio DRG	≥ 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 inappropriately e ricoveri con DRG non a rischio inappropriately in regime ordinario	≤ 0,21	0,21 = intervallo di adeguatezza Comitato LEA
4 # 1 2	Sanità digitale	M	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 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 Raccomandazione n. 13 per la prevenzione delle cadute aggiornata	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.
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 Gennaio 2025**
**Rimodulata nel Settembre 2024**
**DIRETTORE DIPARTIMENTO**
**DIRETTORE GENERALE**

**DIPARTIMENTO**

Dipartimento di Area Medica

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

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Peso medio DRG	≥ 1.25	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 inappropriately e ricoveri con DRG non a rischio inappropriately in regime ordinario	≤ 0,21	0,21 = intervallo di adeguatezza Comitato LEA
4 # 1 2	Sanità digitale	M	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 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 Raccomandazione n. 13 per la prevenzione delle cadute aggiornata	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.
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 Gennaio 2025

Rimodulata nel Settembre 2024

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**DIPARTIMENTO**

Dipartimento di Area Medica

**UNITA' OPERATIVA**
**UOC Medicina Interna e Lungodegenza Osp. Putignano**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Peso medio DRG	≥ 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 Raccomandazione n. 13 per la prevenzione delle cadute aggiornata	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.
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 Gennaio 2025**
**Rimodulata nel Settembre 2024**
**DIRETTORE DIPARTIMENTO**
**DIRETTORE GENERALE**

**DIPARTIMENTO**

Dipartimento di Area Medica

**UNITA' OPERATIVA**
**UOSVD Geriatria Osp. Putignano**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Peso medio DRG	≥ 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 Raccomandazione n. 13 per la prevenzione delle cadute aggiornata	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.
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 Gennaio 2025**
**Rimodulata nel Settembre 2024**
**DIRETTORE DIPARTIMENTO**
**DIRETTORE GENERALE**

**DIPARTIMENTO**

Dipartimento di Area Medica

**UNITA' OPERATIVA**
**UOSVD Medicina Interna Osp. Corato**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Peso medio DRG	≥ 1.25	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 Raccomandazione n. 13 per la prevenzione delle cadute aggiornata	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.
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 Gennaio 2025**
**Rimodulata nel Settembre 2024**
**DIRETTORE DIPARTIMENTO**
**DIRETTORE GENERALE**

**DIPARTIMENTO**

Dipartimento di Area Medica Specialistica

**UNITA' OPERATIVA**
**UOSVD Oncologia Medica Osp. San Paolo**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Appropriatezza prescrittiva	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 2025 ≥ 2024	
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

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

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

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

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

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

**Sottoscritta nel Gennaio 2025**
**Rimodulata nel Settembre 2024**
**DIRETTORE DIPARTIMENTO**
**DIRETTORE GENERALE**

**DIPARTIMENTO**

Dipartimento di Area Medica Specialistica

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

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
<b>1 #</b> 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	
<b>2</b> 1 2	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	> 1500	
<b>3</b> 3	Clinical governance	A	Potenziamento attività presso il P.O. della Murgia: N. prestazioni ambulatoriali esterne ed interne	N. prestazioni 2025 > 2024	
<b>4</b> 3	Clinical governance	A	Potenziamento attività ERCP presso il P.O. della Murgia: N. prestazioni di ERCP	N. prestazioni 2025 > 2024	
<b>5</b> 3	Clinical governance	A	Potenziamento attività di Day Service	N. Day Service 2025 > 2024	
<b>7</b> 3	Clinical governance	M	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 13 per la prevenzione delle cadute aggiornata	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.
<b>10 #</b> 3 4	Sanità digitale	B	Percentuale di Cartelle Cliniche Elettroniche chiuse	100%	
<b>11</b> 3	Clinical governance	M	Elaborazione di percorso aziendale di posizionamento PEG di primo impianto e prima sostituzione per i pazienti Fragili e Rari in collaborazione con UOC Cure Palliative e UOC Gastroenterologia P.O. San Paolo.	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, U.O. Gastroenterologia P.O. San Paolo e U.O. Cure Palliative
<b>12</b> 3	Potenziamento screening oncologici	A	Tasso di completamento della colonscopia (raggiungimento del cieco)	>= 90%	Certificato dall'U.O. Screening colon-retto
<b>13</b> 3	Potenziamento screening oncologici	A	Tasso di rilevamento degli adenomi (ADR)	>= 25%	Certificato dall'U.O. Screening colon-retto

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

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

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

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

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

**Sottoscritta nel Gennaio 2025**
**Rimodulata nel Settembre 2024**
**DIRETTORE DIPARTIMENTO**
**DIRETTORE GENERALE**

**DIPARTIMENTO**

Dipartimento di Area Medica Specialistica

**UNITA' OPERATIVA**
**UOC Pneumologia Osp. San Paolo**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3 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 Raccomandazione n. 13 per la prevenzione delle cadute aggiornata	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 2	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	> 3000	
8 # 3 4	Sanità digitale	B	Percentuale di Cartelle Cliniche Elettroniche chiuse	100%	
9 # 3 4	Clinical governance	M	Attivazione del sistema di telemedicina Resmed Airview per la gestione di pazienti con OSA in trattamento con CPAP	Almeno 100 pazienti	

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

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

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

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

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

**Sottoscritta nel Gennaio 2025**
**Rimodulata nel Settembre 2024**
**DIRETTORE DIPARTIMENTO**
**DIRETTORE GENERALE**

**DIPARTIMENTO** Dipartimento di Area Medica Specialistica

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

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3 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 Raccomandazione n. 13 per la prevenzione delle cadute aggiornata	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	
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 Gennaio 2025

Rimodulata nel Settembre 2024

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**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 inappropriatelyzza e ricoveri con DRG non a rischio inappropriatelyzza 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 2024	
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 Raccomandazione n. 13 per la prevenzione delle cadute aggiornata	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	
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 Gennaio 2025**
**Rimodulata nel Settembre 2024**
**DIRETTORE DIPARTIMENTO**
**DIRETTORE GENERALE**

**DIPARTIMENTO** Dipartimento di Area Medica Specialistica

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

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3 4	Appropriatezza prescrittiva	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 2025 ≥ 2024	
4 #	1 2	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	> 4000	

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2025

Rimodulata nel Settembre 2024

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**DIPARTIMENTO** Dipartimento di Area Medica Specialistica

**UNITA' OPERATIVA** **UOSVD Pneumologia Osp. Putignano**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3 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 Raccomandazione n. 13 per la prevenzione delle cadute aggiornata	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	
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 Gennaio 2025

Rimodulata nel Settembre 2024

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**DIPARTIMENTO**

Dipartimento Cardiovascolare

**UNITA' OPERATIVA**
**UOC Cardiologia e UTIC Osp. San Paolo**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Degenza Media	≤ 7 gg.	
2 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
3 # 1	Sanità digitale	M	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 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 Raccomandazione n. 13 per la prevenzione delle cadute aggiornata	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
11# 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 Gennaio 2025**
**Rimodulata nel Settembre 2024**
**DIRETTORE DIPARTIMENTO**
**DIRETTORE GENERALE**

**DIPARTIMENTO**

Dipartimento Cardiovascolare

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

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Degenza Media	≤ 7 gg.	
2 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
3 # 1	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 Raccomandazione n. 13 per la prevenzione delle cadute aggiornata	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
10# 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 Gennaio 2025**
**Rimodulata nel Settembre 2024**
**DIRETTORE DIPARTIMENTO**
**DIRETTORE GENERALE**

**DIPARTIMENTO**

Dipartimento Cardiovascolare

**UNITA' OPERATIVA**
**UOC Cardiologia e UTIC Osp. Di Venere**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Degenza Media	≤ 7 gg.	
2 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
3 # 1 2	Sanità digitale	M	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 40% dei pazienti dimessi	
4 # 1 2	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	> 1200	
5 3	Clinical governance	M	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 13 per la prevenzione delle cadute aggiornata	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
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 Gennaio 2025**
**Rimodulata nel Settembre 2024**
**DIRETTORE DIPARTIMENTO**
**DIRETTORE GENERALE**

**DIPARTIMENTO**

Dipartimento Cardiovascolare

**UNITA' OPERATIVA**
**UOC Cardiologia e UTIC Osp. della Murgia**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Degenza Media	≤ 7 gg.	
2 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
3 # 1	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 Raccomandazione n. 13 per la prevenzione delle cadute aggiornata	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
11# 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 Gennaio 2025**
**Rimodulata nel Settembre 2024**
**DIRETTORE DIPARTIMENTO**
**DIRETTORE GENERALE**

DIPARTIMENTO Dipartimento Cardiovascolare  
 UNITA' OPERATIVA **UOC Cardiologia Osp. Monopoli**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Degenza Media	≤ 7 gg.	
2 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
3 # 1	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	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 Raccomandazione n. 13 per la prevenzione delle cadute aggiornata	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.
10# 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 Gennaio 2025

Rimodulata nel Settembre 2024

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

DIPARTIMENTO Dipartimento Cardiovascolare  
 UNITA' OPERATIVA **UOC Cardiologia Osp. Putignano**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Degenza Media	≤ 7 gg.	
2 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
3 # 1	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	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 Raccomandazione n. 13 per la prevenzione delle cadute aggiornata	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.
10# 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 Gennaio 2025

Rimodulata nel Settembre 2024

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 1 2	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	> 3200	
2 # 2	Efficienza operativa	M	Potenziamento Ambulatorio Cefalee: Numero visite	> 500 visite	
3 # 2	Efficienza operativa	M	Potenziamento Ambulatorio Parkinson: Numero visite	> 380 visite	
4 # 2	Efficienza operativa	A	Potenziamento Ambulatorio Potenziali Evocati: Numero prestazioni	> 350 prestazioni	
5 # 2	Efficienza operativa	A	Numero Day Service	> 50	

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2025

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**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 operativa	A	Fatturato prestazioni ambulatoriali esterne	Fatturato prestazioni ambulatoriali esterne 2025 = 2024+10%	
7	3	Clinical governance	M	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n.2 e Checklist di Sala Operatoria	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2025

Rimodulata nel Settembre 2024

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

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

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Formazione	B	Organizzazione Evento formativo per il personale medico e infermieristico delle UU.OO. della ASL	Almeno un evento formativo 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	
6 #	3 4	Sanità digitale	B	Percentuale di Cartelle Cliniche Elettroniche chiuse	100%	
7	3	Clinical governance	M	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n.2 e Checklist di Sala Operatoria	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2025

Rimodulata nel Settembre 2024

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**DIPARTIMENTO**

Dipartimento Neurosensoriale

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

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Indice Chirurgico	> 85%	Al netto dei Ricoveri da P.S.
2 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
3 # 3	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	≥ 30% dei pazienti dimessi	
5 # 1	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	> 1500	
6 3	Clinical governance	A	N. di Tracheotomie chirurgiche	Almeno 10 procedure a livello aziendale	Nella Relazione finale riportare il numero di prestazione eseguite (Fonte: GISO)
7 3	Clinical governance	M	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n.2 e Checklist di Sala Operatoria	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.
10# 3	Sanità digitale	B	Percentuale di Cartelle Cliniche Elettroniche chiuse	100%	
11 3	Miglioramento dell'offerta sanitaria	M	Percentuale di ricoveri di pazienti extra ASL	2025=2024+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 Gennaio 2025**
**Rimodulata nel Settembre 2024**
**DIRETTORE DIPARTIMENTO**
**DIRETTORE GENERALE**

**DIPARTIMENTO** Dipartimento Neurosensoriale

**UNITA' OPERATIVA** UOSVD Oculistica Osp. della Murgia

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Formazione	B	Organizzazione Evento formativo per il personale medico e infermieristico delle UU.OO. della ASL	Almeno un evento formativo 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	3	Clinical governance	M	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n.2 e Checklist di Sala Operatoria	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	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 Gennaio 2025

Rimodulata nel Settembre 2024

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**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 4	Formazione	B	Ridefinizione del percorso del paziente con Ictus acuto dal territorio all'ospedale	N. tre sessioni formative simili da svolgersi nel corso del 2025 dedicate al personale della UU.OO.CC. di Neurologia, Radiodiagnostica, Medicina d'Accettazione ed Urgenza e 118 Area 8	Nella Relazione finale indicare data, luogo, sede e N. dipendenti formati
7 # 3 4	Sanità digitale	B	Percentuale di Cartelle Cliniche Elettroniche chiuse	100%	
8 3	Clinical governance	M	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 13 per la prevenzione delle cadute aggiornata	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.

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

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

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

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

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

**Sottoscritta nel Gennaio 2025**
**Rimodulata nel Settembre 2024**
**DIRETTORE DIPARTIMENTO**
**DIRETTORE GENERALE**

**DIPARTIMENTO**

Dipartimento Neurosensoriale

**UNITA' OPERATIVA**
**UOSVD Otorinolaringoiatria Osp. della Murgia**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Indice Chirurgico	> 85%	Al netto dei Ricoveri da P.S.
2 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
3 # 3 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 # 1 2	Sanità digitale	M	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
5 # 1 2	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	> 1500	
6 3	Clinical governance	A	N. di Tracheotomie chirurgiche	Almeno 10 procedure a livello aziendale	nella Relazione finale riportare il numero di prestazione eseguite (Fonte: GISO)
7 3	Clinical governance	M	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n.2 e Checklist di Sala Operatoria	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.
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 Gennaio 2025**
**Rimodulata nel Settembre 2024**
**DIRETTORE DIPARTIMENTO**
**DIRETTORE GENERALE**

**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	> 800	
4 3	Clinical governance	M	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 13 per la prevenzione delle cadute aggiornata	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	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 Gennaio 2025**
**Rimodulata nel Settembre 2024**
**DIRETTORE DIPARTIMENTO**
**DIRETTORE GENERALE**

**DIPARTIMENTO**

Dipartimento Neurosensoriale

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

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Indice Chirurgico	> 85%	Al netto dei Ricoveri da P.S.
2 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
3 # 3 4	Clinical governance	M	Rapporto tra ricoveri con DRG a rischio di inappropriately e ricoveri con DRG non a rischio inappropriately in regime ordinario	≤ 0,21	0,21 = intervallo di adeguatezza Comitato LEA
4 # 1 2	Sanità digitale	M	% di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia	≥ 30% dei pazienti dimessi	
5 # 1 2	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	> 1500	
6 3	Clinical governance	A	N. di Tracheotomie chirurgiche	Almeno 10 procedure a livello aziendale	nella Relazione finale riportare il numero di prestazione eseguite (Fonte: GISO)
7 3	Clinical governance	M	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n.2 e Checklist di Sala Operatoria	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.
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 Gennaio 2025**
**Rimodulata nel Settembre 2024**
**DIRETTORE DIPARTIMENTO**
**DIRETTORE GENERALE**

**DIPARTIMENTO** Dipartimento Neurosensoriale  
**UNITA' OPERATIVA** **UOSVD Oculistica Osp. Putignano**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Formazione	B	Organizzazione Evento formativo per il personale medico e infermieristico delle UU.OO. della ASL	Almeno un evento formativo 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	3	Clinical governance	M	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n.2 e Checklist di Sala Operatoria	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2025

Rimodulata nel Settembre 2024

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**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 operativa	A	Fatturato prestazioni ambulatoriali esterne	Fatturato prestazioni ambulatoriali esterne 2025 = 2024+10%	
7	3	Clinical governance	M	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n.2 e Checklist di Sala Operatoria	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.

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

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

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

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

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

**Sottoscritta nel Gennaio 2025**
**Rimodulata nel Settembre 2024**
**DIRETTORE DIPARTIMENTO**
**DIRETTORE GENERALE**

**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 operativa	A	Fatturato prestazioni ambulatoriali esterne	Fatturato prestazioni ambulatoriali esterne 2025 ≥ 2024	
7	3	Clinical governance	M	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n.2 e Checklist di Sala Operatoria	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.

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

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

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

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

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

**Sottoscritta nel Gennaio 2025**
**Rimodulata nel Settembre 2024**
**DIRETTORE DIPARTIMENTO**
**DIRETTORE GENERALE**

**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	Elaborazione della procedura aziendale condivisa dagli operatori pediatrici ed a cura di medici pediatri delle UU.OO. di Pediatria	Formazione di almeno 2 pediatri e 2 anestesisti per ciascuna UO alla procedura di analgosedazione entro il 31/12/2025.	Approvazione della procedura da parte della U.O. Gestione del Rischio Clinico Obiettivo condiviso tra UU.OO. Pediatria e UU.OO. Anestesia e Rianimazione
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 Gennaio 2025**
**Rimodulata nel Settembre 2024**
**DIRETTORE DIPARTIMENTO**
**DIRETTORE GENERALE**

**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	Elaborazione della procedura aziendale condivisa dagli operatori pediatrici ed a cura di medici pediatri delle UU.OO. di Pediatria	Formazione di almeno 2 pediatri e 2 anestesisti per ciascuna UO alla procedura di analgo-sedazione entro il 31/12/2025.	Approvazione della procedura da parte della U.O. Gestione del Rischio Clinico Obiettivo condiviso tra UU.OO. Pediatria e UU.OO. Anestesia e Rianimazione
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 Gennaio 2025**
**Rimodulata nel Settembre 2024**
**DIRETTORE DIPARTIMENTO**
**DIRETTORE GENERALE**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 1 2	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	> 1500	
2 # 3	Efficienza operativa	A	Numero prestazioni ambulatoriali esterne	Numero prestazioni ambulatoriali esterne 2025 > 2024	
3 3	Miglioramento della qualità assistenziale	A	Attivazione processo transition per pz con epilessia con modalità intraziendale - Numero di pazienti condivisi con l'Ambulatorio di Epilessia dell'U.O.C. di Neurologia P.O. Di Venere ASL Bari	Almeno 10 pazienti	
4 3	Efficienza organizzativa	B	Proseguimento ed implementazione dell'attività di televisita già in atto - Numero pazienti contattati in televisita	Ricetta dematerializzata per almeno 40 soggetti	
5 3	Efficienza organizzativa	B	Valutazione di soggetti seguiti presso U.O.S.V.D. Centro Epilessia ed EEG Età Evolutiva per approfondimento di tipo genetico	Numero di richieste interne per visita genetica: almeno 10 pazienti	
6 3	Efficienza organizzativa	M	Percorso urgenze: N. pazienti provenienti da UU.OO. di Pediatria dell'ASL BA con patologia acuta in atto - Prima valutazione ed eventuale presa in carico entro 48 ore	Almeno 10 pazienti	

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2025

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**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	Elaborazione della procedura aziendale condivisa dagli operatori pediatrici ed a cura di medici pediatri delle UU.OO. di Pediatria	Formazione di almeno 2 pediatri e 2 anestesisti per ciascuna UO alla procedura di analgosedazione entro il 31/12/2025.	Approvazione della procedura da parte della U.O. Gestione del Rischio Clinico Obiettivo condiviso tra UU.OO. Pediatria e UU.OO. Anestesia e Rianimazione
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 Gennaio 2025**
**Rimodulata nel Settembre 2024**
**DIRETTORE DIPARTIMENTO**
**DIRETTORE GENERALE**

**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	Elaborazione della procedura aziendale condivisa dagli operatori pediatrici ed a cura di medici pediatri delle UU.OO. di Pediatria	Formazione di almeno 2 pediatri e 2 anestesisti per ciascuna UO alla procedura di analgo-sedazione entro il 31/12/2025.	Approvazione della procedura da parte della U.O. Gestione del Rischio Clinico Obiettivo condiviso tra UU.OO. Pediatria e UU.OO. Anestesia e Rianimazione
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 Gennaio 2025

Rimodulata nel Settembre 2024

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**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 primari	≤ 25%	Fonte dati: Dati trimestrali: Controllo di Gestione dati finali: Edotto DISAR
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 Raccomandazione n.2 e Checklist di Sala Operatoria	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 2025 > 2024	Certificato dall'U.O. Screening Cervice Uterina
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 Gennaio 2025**
**Rimodulata nel Settembre 2024**
**DIRETTORE DIPARTIMENTO**
**DIRETTORE GENERALE**

**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 primari	≤ 25%	Fonte dati: Dati trimestrali: Controllo di Gestione dati finali: Edotto DISAR
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 35%	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 Raccomandazione n.2 e Checklist di Sala Operatoria	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 2025 > 2024	Certificato dall'U.O. Screening Cervice Uterina
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 Gennaio 2025**
**Rimodulata nel Settembre 2024**
**DIRETTORE DIPARTIMENTO**
**DIRETTORE GENERALE**

**DIPARTIMENTO** Dipartimento Gestione Avanzata Rischio Riproduttivo e Gravidanze a Rischio

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

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	4 3	Miglioramento della qualità assistenziale	A	Progetto Genoma Puglia - Screening Genomico Neonatale	Analisi NGS di almeno 4000 neonati	Obiettivo a valenza Regionale (LR n.3 del 19/4/2021)
2	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)
3	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
4	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	Obiettivo a valenza Regionale (LR n.18 del 30/05/2024)
5	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 DIF Regione Puglia)
6	4	Appropriatezza setting assistenziale	M	Percentuale aberrazioni genomiche diagnosticate alla diagnosi invasiva mediante prelievo di villi coriali (villocentesi)	DR>25% delle procedure invasive	Obiettivo Condiviso tra UOC di Medicina Fetale e UOC di Genetica Medica
7	4	Miglioramento della qualità assistenziale	A	Estensione DNA fetale ad altri Centri Regionali (AOU Foggia - ASL Lecce)	Esecuzione di almeno 20 sedute con pazienti con test di DNA fetale in gestanti selezionate presso la AOU di Foggia e la ASL di Lecce (PO Vito Fazzi)	Obiettivo Condiviso con la UOC di Medicina Fetale a Valenza Regionale (DGR 1087/2023)
8	4	Appropriatezza setting assistenziale	M	Erogazione test genetici per Malattie Neurodegenerative (SLA)	Analisi NGS di almeno 30 casi di SLA ovvero di tutti i casi per i quali vi è richiesta come da Protocollo Operativo	

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2025

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**DIPARTIMENTO** Dipartimento Gestione Avanzata Rischio Riproduttivo e Gravidanze a Rischio

**UNITA' OPERATIVA** **UOC Medicina Fetale Osp. Di Venere**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	4	Appropriatezza setting assistenziale	M	Percentuale aberrazioni genomiche diagnosticate alla diagnosi invasiva mediante prelievo di villi coriali (villocentesi)	%>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
7	4	Formazione	M	Formazione di operatori per l'esecuzione di esami di screening del I e II Trimestre: Numero di operatori che hanno effettuato il tirocinio presso la UOC e che hanno ottenuto l'accreditamento durante il tirocinio	> 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 Gennaio 2025

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**DIPARTIMENTO**

Dipartimento Gestione Avanzata Rischio Riproduttivo e Gravidanze a Rischio

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

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Clinical governance	M	Indice Chirurgico	> 85%	Esclusi i ricoveri con MDC 14
2 # 3 4	Clinical governance	A	% parti cesarei primari	≤ 25%	Fonte dati: Dati trimestrali: Controllo di Gestione dati finali: Edotto DISAR
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 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 Raccomandazione n.2 e Checklist di Sala Operatoria	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 2025 > 2024	Certificato dall'U.O. Screening Cervice Uterina
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 Gennaio 2025**
**Rimodulata nel Settembre 2024**
**DIRETTORE DIPARTIMENTO**
**DIRETTORE GENERALE**

**DIPARTIMENTO** Dipartimento Gestione Avanzata Rischio Riproduttivo e Gravidanze a Rischio

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

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Clinical governance	M	Implementazione di un procedura interna per l'assistenza al neonato ELGAN a partire dalla sala parto	Invio della procedura alla Direzione Medica di Presidio	Allegare alla Relazione finale la documentazione relativa all'invio alla Direzione Medica di Presidio
2	3	Formazione	M	Organizzazione di corsi di formazione sulla "STABILIZZAZIONE DEL NEONATO IN ATTESA DELLO STEN" per personale medico ed 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
3	3	Clinical governance	B	Adozione di un questionario per la valutazione delle qualità delle cure percepita dai genitori	Invio di Relazione riepilogativa alla Direzione Medica di Presidio	Allegare alla Relazione finale la documentazione relativa all'invio alla Direzione Medica di Presidio
4	3	Clinical governance	M	Implementazione di un procedura interna in linea con le raccomandazioni della Società Italiana di neonatologia per la profilassi oftalmica neonatale	Invio della procedura alla Direzione Medica di Presidio	Allegare alla Relazione finale la documentazione relativa all'invio alla Direzione Medica di Presidio
5 #	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 Gennaio 2025

Rimodulata nel Settembre 2024

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**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 primari	≤ 25%	Fonte dati: Dati trimestrali: Controllo di Gestione dati finali: Edotto DISAR
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 35%	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 Raccomandazione n.2 e Checklist di Sala Operatoria	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 2025 > 2024	Certificato dall'U.O. Screening Cervice Uterina
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 Gennaio 2025**
**Rimodulata nel Settembre 2024**
**DIRETTORE DIPARTIMENTO**
**DIRETTORE GENERALE**

**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 primari	≤ 25%	Fonte dati: Dati trimestrali: Controllo di Gestione dati finali: Edotto DISAR
3 # 3 4	Clinical governance	M	Rapporto tra ricoveri con DRG a rischio di inappropriately e ricoveri con DRG non a rischio inappropriately in regime ordinario	≤ 0,21	0,21 = intervallo di adeguatezza Comitato LEA
4 # 4	Clinical governance	M	% Dimissioni volontarie	< 3%	
5 # 3	Miglioramento della qualità assistenziale	A	Percentuale di parti vaginali con Partoanalgesia	Almeno 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 Raccomandazione n.2 e Checklist di Sala Operatoria	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.
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 Gennaio 2025**
**Rimodulata nel Settembre 2024**
**DIRETTORE DIPARTIMENTO**
**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Obblighi informativi	M	Redazione Report attività I e II livello per gli anni 2022-2023-2024-2025	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 2025 > 2024	
5	3 2	Miglioramento della qualità assistenziale	A	Numero di counselling ai fini della preservazione della fertilità	> 50	Report da allegare alla relazione finale

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2025

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Clinical governance	A	Numero sedute IVG farmacologiche per IVG e Aborti spontanei	Predisposizione di 3 sedute settimanali di IVG farmacologiche	Allegare numero di sedute farmacologiche alla Relazione Finale
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 Gennaio 2025

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

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 25 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 25 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 120 pazienti al mese	Allegare N di Prestazioni alla Relazione Finale
5	3 2	Clinical governance	A	Adeguamento alle Linee di indirizzo ministeriali 2020 relative alla procedura farmacologica per IVG ambulatoriale	Almeno 3 pazienti al mese con auto-somministrazione farmacologica	Obiettivo condizionato all'approvazione regionale del protocollo ambulatoriale

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2025

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**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 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 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
7	3	Efficienza organizzativa	A	Controllo Analogico sulla Società in house Sanitaservice come da Protocollo Operativo in D.D.G. 1766/2024	Redazione di verbali trimestrali sui controlli effettuati	Allegare documentazione alla Relazione finale
8	3	Formazione	M	Organizzazione corsi per La Rete Ictus: dal Territorio all'Ospedale	Almeno 9 corsi per UU.OO del Dipartimento di Emergenza Urgenza	Nella Relazione finale indicare date, sedi e partecipanti

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2025

Rimodulata nel Settembre 2024

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**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.	< 7.5%	
2 # 3 4	Clinical governance	A	% Ricoveri da P.S. in Reparti chirurgici con DRG Chirurgico alla dimissione	> 65%	Escluso i ricoveri nelle UU.OO. di Ginecologia ed Ostetricia
3 # 3 4	Clinical governance	A	% ricoveri in regime di urgenza nelle UU.OO. di Area Medica attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza	<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	> 25%	Fonte EDOTTO

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

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

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

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

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

**Sottoscritta nel Gennaio 2025**
**Rimodulata nel Settembre 2024**
**DIRETTORE DIPARTIMENTO**
**DIRETTORE GENERALE**

**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.	< 7.5%	
2 # 3 4	Clinical governance	A	% Ricoveri da P.S. in Reparti chirurgici con DRG Chirurgico alla dimissione	> 65%	Escluso i ricoveri nelle UU.OO. di Ginecologia ed Ostetricia
3 # 3 4	Clinical governance	A	% ricoveri in regime di urgenza nelle UU.OO. di Area Medica attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza	<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	> 25%	Fonte EDOTTO

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

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

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

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

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

**Sottoscritta nel Gennaio 2025**
**Rimodulata nel Settembre 2024**
**DIRETTORE DIPARTIMENTO**
**DIRETTORE GENERALE**

**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.	< 7.5%	
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	> 25%	Fonte EDOTTO

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

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

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

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

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

**Sottoscritta nel Gennaio 2025**
**Rimodulata nel Settembre 2024**
**DIRETTORE DIPARTIMENTO**
**DIRETTORE GENERALE**

**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.	< 7.5%	
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	<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	> 25%	Fonte EDOTTO

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

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

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

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

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

**Sottoscritta nel Gennaio 2025**
**Rimodulata nel Settembre 2024**
**DIRETTORE DIPARTIMENTO**
**DIRETTORE GENERALE**

**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.	< 7.5%	
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	> 25%	Fonte EDOTTO
6 3 4	Formazione	B	Ridefinizione del percorso del paziente con Ictus acuto dal territorio all'ospedale	N. tre sessioni formative simili da svolgersi nel corso del 2025 dedicate al personale della UU.OO.CC. di Neurologia, Radiodiagnostica, Medicina d'Accettazione ed Urgenza e 118 Area 8	Nella Relazione finale indicare data, luogo, sede e N. dipendenti formati

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

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

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

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

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

**Sottoscritta nel Gennaio 2025**
**Rimodulata nel Settembre 2024**
**DIRETTORE DIPARTIMENTO**
**DIRETTORE GENERALE**

**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.	< 7.5%	
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 inappropriatelyzza	<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	> 25%	Fonte EDOTTO

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

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

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

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

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

**Sottoscritta nel Gennaio 2025**
**Rimodulata nel Settembre 2024**
**DIRETTORE DIPARTIMENTO**
**DIRETTORE GENERALE**

**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.	< 7.5%	
2 # 3 4	Clinical governance	A	% Ricoveri da P.S. in Reparti chirurgici con DRG Chirurgico alla dimissione	> 65%	Escluso i ricoveri nelle UU.OO. di Ginecologia ed Ostetricia
3 # 3 4	Clinical governance	A	% ricoveri in regime di urgenza nelle UU.OO. di Area Medica attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza	<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	> 25%	Fonte EDOTTO

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

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

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

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

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

**Sottoscritta nel Gennaio 2025**
**Rimodulata nel Settembre 2024**
**DIRETTORE DIPARTIMENTO**
**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Formazione	B	% personale in servizio partecipante ad attività formativa obbligatoria aziendale (escluse le assenze superiori a 6 mesi) rispetto al personale con obbligo formativo nel 2025	Raggiungimento 80% di partecipazione del personale	Nella Relazione finale indicare dettaglio dei dipendenti formati
2	3	Efficienza organizzativa	A	Tempo tra la ricezione della scheda contatto NUE 112 e assegnazione codice di invio	95% entro i 2'	Dati ottenuti dal Database di C.O. ed elaborati da ISED s.p.a. per Innovapuglia
3	3	Efficienza organizzativa	A	Tempo di attesa telefonica intercorrente tra primo squillo e risposta dell' Operatore di C.O. 118	80% entro 20"	Dati ottenuti dal Database di C.O. ed elaborati da ISED s.p.a. per Innovapuglia
4	3	Efficienza organizzativa	A	Percentuale pazienti in ACR ove siano fornite IPA ovvero tentativo di fornire IPA per esecuzione di RCP guidata/totale pazienti in ACR	Almeno il 75%	Dati ottenuti dal Database di C.O. ed elaborati da ISED s.p.a. per Innovapuglia
5	3	Efficienza operativa	M	% di interventi in cui il codice colore definito al momento dell'invio risulti sottostimato rispetto al codice stabilito all'arrivo (Undertriage)	<=2%	Dati ottenuti dal Database di C.O. ed elaborati da ISED s.p.a. per Innovapuglia
6	3	Efficienza operativa	M	% di interventi in cui il codice colore definito al momento dell'invio risulti sovrastimato rispetto al codice stabilito all'arrivo (Overtriage)	<=30%	Dati ottenuti dal Database di C.O. ed elaborati da ISED s.p.a. per Innovapuglia

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2025

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**DIPARTIMENTO**

Dipartimento di Anestesia e Rianimazione

**UNITA' OPERATIVA**
**UOSVD Medicina Iperbarica Osp. San Paolo**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Miglioramento della qualità assistenziale	M	Elaborazione di un protocollo interno che descriva la presa in carico di pazienti chirurgici ricoverati c/o l'U.O.C. di Chirurgia Generale del P.O. San Paolo o di altri P.O.	Invio della Procedura all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Allegare alla relazione finale la documentazione relativa all'invio della procedura
2	3	Formazione	M	Organizzazione di un Congresso con ECM, rivolto ai MMG e agli specialisti ambulatoriali e ospedalieri per il miglioramento della conoscenza dell'utilizzo dell'O.T.I. nelle patologie acute e croniche.	Organizzazione evento	Nella Relazione finale indicare date e numero partecipanti
3	3	Miglioramento della qualità assistenziale	M	Elaborazione di una procedura operativa per la prenotazione/esecuzione degli esami di idoneità di primo livello ai pazienti che devono eseguire O.T.I.	Invio della Procedura all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	In collaborazione con le U.O. di Cardiologia/Radiologia/Patologia Clinica del P.O. San Paolo. Allegare alla relazione finale la documentazione relativa all'invio della procedura
4	3	Miglioramento della qualità assistenziale	M	Elaborazione di un protocollo operativo interno all'U.O. relativo al trattamento della ipoacusia improvvisa in pazienti ricoverati o ambulatoriali	Invio della Procedura all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Allegare alla relazione finale la documentazione relativa all'invio della procedura
5 #	1 2	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	> 200	

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

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

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

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

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

**Sottoscritta nel Gennaio 2025**
**Rimodulata nel Settembre 2024**
**DIRETTORE DIPARTIMENTO**
**DIRETTORE GENERALE**

**DIPARTIMENTO**

Dipartimento di Anestesia e Rianimazione

**UNITA' OPERATIVA**
**UOC Anestesia e Rianimazione Osp. San Paolo**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3 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	2025 ≥ 2024	Dati forniti dalla Commissione Trapianti ASL BA
3 3	Donazione Organi e/o Tessuti	M	Organizzazione di incontri con il personale sanitario delle varie UU.OO. (D.M., C.P.S.I) finalizzato alla elaborazione di una procedura che descriva la presa in carico dei potenziali donatori di cornee.	Invio della Procedura all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Allegare alla relazione finale la documentazione relativa all'invio della procedura
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	100%	
7 3	Formazione	B	Organizzazione di corso di formazione aziendale su Fine Vita e Palliazione	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 3	Clinical governance	M	Elaborazione della procedura aziendale condivisa dagli operatori pediatrici ed a cura di medici pediatri delle UU.OO. di Pediatria	Formazione di almeno 2 pediatri e 2 anestesisti per ciascuna UO alla procedura di analgo-sedazione entro il 31/12/2025.	Approvazione della procedura da parte della U.O. Gestione del Rischio Clinico Obiettivo condiviso tra UU.OO. Pediatria e UU.OO. Anestesia e Rianimazione
9 3	Clinical governance	M	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n.2 e Checklist di Sala Operatoria	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.

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

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

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

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

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

**Sottoscritta nel Gennaio 2025**
**Rimodulata nel Settembre 2024**
**DIRETTORE DIPARTIMENTO**
**DIRETTORE GENERALE**

**DIPARTIMENTO**

Dipartimento di Anestesia e Rianimazione

**UNITA' OPERATIVA**
**UOSVD Anestesia e Rianimazione Osp. Molfetta**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3 4	Clinical governance	A	% Pazienti con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 48 ore dal ricovero in regime ordinario in pazienti > 65 anni	> 80%	
2 3	Formazione	B	Organizzazione di corso di formazione aziendale su Fine Vita e Palliazione	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 operativa	A	Numero prestazioni ambulatoriali esterne Ambulatorio Terapia del Dolore	Numero prestazioni ambulatoriali esterne 2025>2024	Visita antalgica (prima visita e controllo); Iniezione di anestetici o farmaci nel canale vertebrale, articolazioni o legamenti o pernevosa
5 3	Clinical governance	M	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n.2 e Checklist di Sala Operatoria	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.

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

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

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

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

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

**Sottoscritta nel Gennaio 2025**
**Rimodulata nel Settembre 2024**
**DIRETTORE DIPARTIMENTO**
**DIRETTORE GENERALE**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Miglioramento della qualità assistenziale	A	Percentuale di parti vaginali con Partoanalgesia	Almeno 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 su Fine Vita e Palliazione	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 operativa	A	Numero prestazioni ambulatoriali esterne Ambulatorio Terapia del Dolore	Numero prestazioni ambulatoriali esterne 2025>2024	Visita antalgica (prima visita e controllo); Iniezione di anestetici o farmaci nel canale vertebrale, articolazioni o legamenti o pernevosa
4 3	Clinical governance	M	Elaborazione della procedura aziendale condivisa dagli operatori pediatrici ed a cura di medici pediatri delle UU.OO. di Pediatria	Formazione di almeno 2 pediatri e 2 anestesisti per ciascuna UO alla procedura di analgosedazione entro il 31/12/2025.	Approvazione della procedura da parte della U.O. Gestione del Rischio Clinico Obiettivo condiviso tra UU.OO. Pediatria e UU.OO. Anestesia e Rianimazione
5 3	Clinical governance	M	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n.2 e Checklist di Sala Operatoria	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2025

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**DIPARTIMENTO**

Dipartimento di Anestesia e Rianimazione

**UNITA' OPERATIVA**
**UOC Anestesia e Rianimazione Osp. Di Venere**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3 4	Clinical governance	A	% Pazienti con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 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	2025 ≥ 2024	Dati forniti dalla Commissione Trapianti ASL BA
3 3	Formazione	B	Organizzazione di corso di formazione aziendale su Fine Vita e Palliazione	Organizzazione evento	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Anestesia e Rianimazione, Cardiologia, Pneumologia e l'U.O. di Malattie Infettive. Nella Relazione finale indicare date e numero partecipanti
4 # 3	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
5 # 3 4	Sanità digitale	B	Percentuale di Cartelle Cliniche Elettroniche chiuse	100%	
7 3	Clinical governance	M	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n.2 e Checklist di Sala Operatoria	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.

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

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

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

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

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

**Sottoscritta nel Gennaio 2025**
**Rimodulata nel Settembre 2024**
**DIRETTORE DIPARTIMENTO**
**DIRETTORE GENERALE**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore		Target	Note
1 # 3 4	Clinical governance	A	% Pazienti con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 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		2025 ≥ 2024	Dati forniti dalla Commissione Trapianti ASL BA
3 3	Formazione	B	Organizzazione di corso di formazione aziendale su Fine Vita e Palliazione		Organizzazione evento	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Anestesia e Rianimazione, Cardiologia, Pneumologia e l'U.O. di Malattie Infettive. Nella Relazione finale indicare date e numero partecipanti
4 # 3	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
5 # 3 4	Sanità digitale	B	Percentuale di Cartelle Cliniche Elettroniche chiuse		100%	
6 3	Clinical governance	M	Elaborazione della procedura aziendale condivisa dagli operatori pediatrici ed a cura di medici pediatri delle UU.OO. di Pediatria	Formazione di almeno 2 pediatri e 2 anestesisti per ciascuna UO alla procedura di analgesedazione entro il 31/12/2025.		Approvazione della procedura da parte della U.O. Gestione del Rischio Clinico Obiettivo condiviso tra UU.OO. Pediatria e UU.OO. Anestesia e Rianimazione
7 3	Clinical governance	M	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n.2 e Checklist di Sala Operatoria	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura		Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2025

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3 4	Clinical governance	A	% Pazienti con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 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	2025 ≥ 2024	Dati forniti dalla Commissione Trapianti ASL BA
3 3	Formazione	B	Organizzazione di corso di formazione aziendale su Fine Vita e Palliazione	Organizzazione evento	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. di Anestesia e Rianimazione, Cardiologia, Pneumologia e l'U.O. di Malattie Infettive. Nella Relazione finale indicare date e numero partecipanti
4 # 3	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
5 # 3 4	Sanità digitale	B	Percentuale di Cartelle Cliniche Elettroniche chiuse	100%	
6 3	Clinical governance	M	Elaborazione della procedura aziendale condivisa dagli operatori pediatrici ed a cura di medici pediatri delle UU.OO. di Pediatria	Formazione di almeno 2 pediatri e 2 anestesisti per ciascuna UO alla procedura di analgosedazione entro il 31/12/2025.	Approvazione della procedura da parte della U.O. Gestione del Rischio Clinico Obiettivo condiviso tra UU.OO. Pediatria e UU.OO. Anestesia e Rianimazione
7 3	Clinical governance	M	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n.2 e Checklist di Sala Operatoria	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2025

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**DIPARTIMENTO**

Dipartimento di Anestesia e Rianimazione

**UNITA' OPERATIVA**
**UOSVD Anestesia e Rianimazione Osp. Putignano**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	4 2	Donazione Organi e/o Tessuti	B	N. donazioni/N. accertamenti morte cerebrale	2025 ≥ 2024	Dati forniti dalla Commissione Trapianti ASL BA
2	3	Formazione	B	Organizzazione di corso di formazione aziendale su Fine Vita e Palliazione	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 4	Sanità digitale	B	Percentuale di Cartelle Cliniche Elettroniche chiuse	100%	
5 #	1 3	Efficienza operativa	A	Numero prestazioni ambulatoriali esterne Ambulatorio Terapia del Dolore	Numero prestazioni ambulatoriali esterne 2025>2024	Visita antalgica (prima visita e controllo); Iniezione di anestetici o farmaci nel canale vertebrale, articolazioni o legamenti o pernervosa
6	3	Clinical governance	M	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n.2 e Checklist di Sala Operatoria	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.

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

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

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

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

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

**Sottoscritta nel Gennaio 2025**
**Rimodulata nel Settembre 2024**
**DIRETTORE DIPARTIMENTO**
**DIRETTORE GENERALE**

**DIPARTIMENTO**

Dipartimento della Radiodiagnostica

**UNITA' OPERATIVA**
**UOC Radiodiagnostica Osp. San Paolo**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Efficienza organizzativa	M	La scelta del mdc Integrazione con i mdc generici - Posizione SIRM	Invio del Protocollo elaborato secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Obiettivo in comune tra le UUOO di Radiodiagnostica del Dipartimento - Coordinato dalla Radiodiagnostica del P.O. di Putignano
2	3	Clinical governance	M	Mezzi di contrasto in età pediatrica: Indicazioni, protocolli, prevenzione e gestione delle reazioni avverse	Invio del Protocollo elaborato secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Obiettivo in comune tra le UUOO di Radiodiagnostica del Dipartimento - Coordinato dalla Radiodiagnostica del P.O. "Di Venere"
3	3	Clinical governance	M	Statement sull'uso della Mammografia con MdC (CEM) in Italia	Invio del Protocollo elaborato secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Obiettivo in comune tra le UUOO di Radiodiagnostica del Dipartimento - Coordinato dalla Radiodiagnostica Senologica del P.O. "San Paolo"
4	3	Formazione	B	Realizzazione di evento formativo dipartimentale in Neuroradiologia	Un evento formativo	Obiettivo in comune tra le UUOO del Dipartimento. Nella Relazione finale indicare data e luogo dell'evento e numero partecipanti
5 #	1 3	Efficienza operativa	A	Fatturato prestazioni ambulatoriali esterne	Fatturato prestazioni ambulatoriali esterne 2025=2024	
6	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 esami ematochimici e/o di eventuali preparazione antiallergica.

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

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

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

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

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

**Sottoscritta nel Gennaio 2025**
**Rimodulata nel Settembre 2024**
**DIRETTORE DIPARTIMENTO**
**DIRETTORE GENERALE**

**DIPARTIMENTO**

Dipartimento della Radiodiagnostica

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

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Efficienza organizzativa	M	La scelta del mdc Integrazione con i mdc generici - Posizione SIRM	Invio del Protocollo elaborato secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Obiettivo in comune tra le UUOO di Radiodiagnostica del Dipartimento - Coordinato dalla Radiodiagnostica del P.O. di Putignano
2	3	Clinical governance	M	Mezzi di contrasto in età pediatrica: Indicazioni, protocolli, prevenzione e gestione delle reazioni avverse	Invio del Protocollo elaborato secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Obiettivo in comune tra le UUOO di Radiodiagnostica del Dipartimento - Coordinato dalla Radiodiagnostica del P.O. "Di Venere"
3	3	Clinical governance	M	Statement sull'uso della Mammografia con Mdc (CEM) in Italia	Invio del Protocollo elaborato secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Obiettivo in comune tra le UUOO di Radiodiagnostica del Dipartimento - Coordinato dalla Radiodiagnostica Senologica del P.O. "San Paolo"
4	3	Formazione	B	Realizzazione di evento formativo dipartimentale in Neuroradiologia	Un evento formativo	Obiettivo in comune tra le UUOO del Dipartimento. Nella Relazione finale indicare data e luogo dell'evento e numero partecipanti
5 #	1 3	Efficienza operativa	A	Fatturato prestazioni ambulatoriali esterne	Fatturato prestazioni ambulatoriali esterne 2025=2024	
6	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 esami ematochimici e/o di eventuali preparazione antiallergica.

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

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

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

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

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

**Sottoscritta nel Gennaio 2025**
**Rimodulata nel Settembre 2024**
**DIRETTORE DIPARTIMENTO**
**DIRETTORE GENERALE**

**DIPARTIMENTO**

Dipartimento della Radiodiagnostica

**UNITA' OPERATIVA**
**UOC Medicina Nucleare Osp. Di Venere**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Formazione	B	Realizzazione di evento formativo dipartimentale in Neuroradiologia	Un evento formativo	Obiettivo in comune tra le UUOO del Dipartimento. Nella Relazione finale indicare data e luogo dell'evento e numero partecipanti
2	# 1 3	Efficienza operativa	A	Fatturato prestazioni ambulatoriali esterne	Fatturato prestazioni ambulatoriali esterne 2025=2024	
3	3 4	Efficienza organizzativa	M	Elaborazione Protocollo operativo controlli di qualità SPEC/CT	Invio della procedura secondo DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Obiettivo condiviso UOSVD Fisica Sanitaria e UOC Medicina Nucleare. 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 Gennaio 2025**
**Rimodulata nel Settembre 2024**
**DIRETTORE DIPARTIMENTO**
**DIRETTORE GENERALE**

**DIPARTIMENTO**

Dipartimento della Radiodiagnostica

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

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Efficienza organizzativa	M	La scelta del mdc Integrazione con i mdc generici - Posizione SIRM	Invio del Protocollo elaborato secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Obiettivo in comune tra le UUOO di Radiodiagnostica del Dipartimento - Coordinato dalla Radiodiagnostica del P.O. di Putignano
2	3	Clinical governance	M	Mezzi di contrasto in età pediatrica: Indicazioni, protocolli, prevenzione e gestione delle reazioni avverse	Invio del Protocollo elaborato secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Obiettivo in comune tra le UUOO di Radiodiagnostica del Dipartimento - Coordinato dalla Radiodiagnostica del P.O. "Di Venere"
3	3	Clinical governance	M	Statement sull'uso della Mammografia con MdC (CEM) in Italia	Invio del Protocollo elaborato secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Obiettivo in comune tra le UUOO di Radiodiagnostica del Dipartimento - Coordinato dalla Radiodiagnostica Senologica del P.O. "San Paolo"
4	3	Formazione	B	Realizzazione di evento formativo dipartimentale in Neuroradiologia	Un evento formativo	Obiettivo in comune tra le UUOO del Dipartimento. Nella Relazione finale indicare data e luogo dell'evento e numero partecipanti
5 #	1 3	Efficienza operativa	A	Fatturato prestazioni ambulatoriali esterne	Fatturato prestazioni ambulatoriali esterne 2025=2024	
6	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 esami ematochimici e/o di eventuali preparazione antiallergica.

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

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

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

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

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

**Sottoscritta nel Gennaio 2025**
**Rimodulata nel Settembre 2024**
**DIRETTORE DIPARTIMENTO**
**DIRETTORE GENERALE**

**DIPARTIMENTO** Dipartimento della Radiodiagnostica  
**UNITA' OPERATIVA** **UOC Radiodiagnostica Osp. Monopoli**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Efficienza organizzativa	M	La scelta del mdc Integrazione con i mdc generici - Posizione SIRM	Invio del Protocollo elaborato secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Obiettivo in comune tra le UUOO di Radiodiagnostica del Dipartimento - Coordinato dalla Radiodiagnostica del P.O. di Putignano
2	3	Clinical governance	M	Mezzi di contrasto in età pediatrica: Indicazioni, protocolli, prevenzione e gestione delle reazioni avverse	Invio del Protocollo elaborato secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Obiettivo in comune tra le UUOO di Radiodiagnostica del Dipartimento - Coordinato dalla Radiodiagnostica del P.O. "Di Venere"
3	3	Clinical governance	M	Statement sull'uso della Mammografia con Mdc (CEM) in Italia	Invio del Protocollo elaborato secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Obiettivo in comune tra le UUOO di Radiodiagnostica del Dipartimento - Coordinato dalla Radiodiagnostica Senologica del P.O. "San Paolo"
4	3	Formazione	B	Realizzazione di evento formativo dipartimentale in Neuroradiologia	Un evento formativo	Obiettivo in comune tra le UUOO del Dipartimento. Nella Relazione finale indicare data e luogo dell'evento e numero partecipanti
5 #	1 3	Efficienza operativa	A	Fatturato prestazioni ambulatoriali esterne	Fatturato prestazioni ambulatoriali esterne 2025=2024	
6	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 esami ematochimici e/o di eventuali preparazione antiallergica.

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2025

Rimodulata nel Settembre 2024

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Efficienza organizzativa	M	La scelta del mdc Integrazione con i mdc generici - Posizione SIRM	Invio del Protocollo elaborato secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Obiettivo in comune tra le UUOO di Radiodiagnostica del Dipartimento - Coordinato dalla Radiodiagnostica del P.O. di Putignano
2	3	Clinical governance	M	Mezzi di contrasto in età pediatrica: Indicazioni, protocolli, prevenzione e gestione delle reazioni avverse	Invio del Protocollo elaborato secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Obiettivo in comune tra le UUOO di Radiodiagnostica del Dipartimento - Coordinato dalla Radiodiagnostica del P.O. "Di Venere"
3	3	Clinical governance	M	Statement sull'uso della Mammografia con Mdc (CEM) in Italia	Invio del Protocollo elaborato secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Obiettivo in comune tra le UUOO di Radiodiagnostica del Dipartimento - Coordinato dalla Radiodiagnostica Senologica del P.O. "San Paolo"
4	3	Formazione	B	Realizzazione di evento formativo dipartimentale in Neuroradiologia	Un evento formativo	Obiettivo in comune tra le UUOO del Dipartimento. Nella Relazione finale indicare data e luogo dell'evento e numero partecipanti
5 #	1 3	Efficienza operativa	A	Fatturato prestazioni ambulatoriali esterne	Fatturato prestazioni ambulatoriali esterne 2025=2024	
6	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 esami ematochimici e/o di eventuali preparazione antiallergica.

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2025

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**DIPARTIMENTO**

Dipartimento della Radiodiagnostica

**UNITA' OPERATIVA**
**UOSVD Radiodiagnostica Osp. Molfetta**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Efficienza organizzativa	M	La scelta del mdc Integrazione con i mdc generici - Posizione SIRM	Invio del Protocollo elaborato secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Obiettivo in comune tra le UUOO di Radiodiagnostica del Dipartimento - Coordinato dalla Radiodiagnostica del P.O. di Putignano
2	3	Clinical governance	M	Mezzi di contrasto in età pediatrica: Indicazioni, protocolli, prevenzione e gestione delle reazioni avverse	Invio del Protocollo elaborato secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Obiettivo in comune tra le UUOO di Radiodiagnostica del Dipartimento - Coordinato dalla Radiodiagnostica del P.O. "Di Venere"
3	3	Clinical governance	M	Statement sull'uso della Mammografia con Mdc (CEM) in Italia	Invio del Protocollo elaborato secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Obiettivo in comune tra le UUOO di Radiodiagnostica del Dipartimento - Coordinato dalla Radiodiagnostica Senologica del P.O. "San Paolo"
4	3	Formazione	B	Realizzazione di evento formativo dipartimentale in Neuroradiologia	Un evento formativo	Obiettivo in comune tra le UUOO del Dipartimento. Nella Relazione finale indicare data e luogo dell'evento e numero partecipanti
5 #	1 3	Efficienza operativa	A	Fatturato prestazioni ambulatoriali esterne	Fatturato prestazioni ambulatoriali esterne + interne 2025=2024	
6	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 esami ematochimici e/o di eventuali preparazione antiallergica.

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2025

Rimodulata nel Settembre 2024

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**DIPARTIMENTO**

Dipartimento della Radiodiagnostica

**UNITA' OPERATIVA**
**UOSVD Radiodiagnostica Osp. Corato**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Efficienza organizzativa	M	La scelta del mdc Integrazione con i mdc generici - Posizione SIRM	Invio del Protocollo elaborato secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Obiettivo in comune tra le UUOO di Radiodiagnostica del Dipartimento - Coordinato dalla Radiodiagnostica del P.O. di Putignano
2	3	Clinical governance	M	Mezzi di contrasto in età pediatrica: Indicazioni, protocolli, prevenzione e gestione delle reazioni avverse	Invio del Protocollo elaborato secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Obiettivo in comune tra le UUOO di Radiodiagnostica del Dipartimento - Coordinato dalla Radiodiagnostica del P.O. "Di Venere"
3	3	Clinical governance	M	Statement sull'uso della Mammografia con Mdc (CEM) in Italia	Invio del Protocollo elaborato secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Obiettivo in comune tra le UUOO di Radiodiagnostica del Dipartimento - Coordinato dalla Radiodiagnostica Senologica del P.O. "San Paolo"
4	3	Formazione	B	Realizzazione di evento formativo dipartimentale in Neuroradiologia	Un evento formativo	Obiettivo in comune tra le UUOO del Dipartimento. Nella Relazione finale indicare data e luogo dell'evento e numero partecipanti
5 #	1 3	Efficienza operativa	A	Fatturato prestazioni ambulatoriali esterne	Fatturato prestazioni ambulatoriali esterne 2025=2024	
6	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 esami ematochimici e/o di eventuali preparazione antiallergica.

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

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

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

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

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

**Sottoscritta nel Gennaio 2025**
**Rimodulata nel Settembre 2024**
**DIRETTORE DIPARTIMENTO**
**DIRETTORE GENERALE**

**DIPARTIMENTO**

Dipartimento della Radiodiagnostica

**UNITA' OPERATIVA**
**UOSVD Radiodiagnostica Senologica Osp. San Paolo**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Efficienza organizzativa	M	La scelta del mdc Integrazione con i mdc generici - Posizione SIRM	Invio del Protocollo elaborato secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Obiettivo in comune tra le UUOO di Radiodiagnostica del Dipartimento - Coordinato dalla Radiodiagnostica del P.O. di Putignano
2	3	Clinical governance	M	Mezzi di contrasto in età pediatrica: Indicazioni, protocolli, prevenzione e gestione delle reazioni avverse	Invio del Protocollo elaborato secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Obiettivo in comune tra le UUOO di Radiodiagnostica del Dipartimento - Coordinato dalla Radiodiagnostica del P.O. "Di Venere"
3	3	Clinical governance	M	Statement sull'uso della Mammografia con Mdc (CEM) in Italia	Invio del Protocollo elaborato secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Obiettivo in comune tra le UUOO di Radiodiagnostica del Dipartimento - Coordinato dalla Radiodiagnostica Senologica del P.O. "San Paolo"
4	3	Formazione	B	Realizzazione di evento formativo dipartimentale in Neuroradiologia	Un evento formativo	Obiettivo in comune tra le UUOO del Dipartimento. Nella Relazione finale indicare data e luogo dell'evento e numero partecipanti
5 #	1	Efficienza operativa	A	Fatturato prestazioni ambulatoriali esterne	Fatturato prestazioni ambulatoriali esterne + interne 2025=2024	
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 Gennaio 2025**
**Rimodulata nel Settembre 2024**
**DIRETTORE DIPARTIMENTO**
**DIRETTORE GENERALE**

**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 dipartimentale 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	Aggiornamento del Piano Organizzativo della Rete dei Laboratori della ASL BA alla luce delle modifiche della Rete Ospedaliera	Invio del Piano alla Direzione Strategica entro il 30/06/2024	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. Di Patologia Clinica
3	3	Efficienza organizzativa	A	Completamento delle Gare Service dei Lotti Corelab ed Elettroforesi	Invio del Capitolato Tecnico all'AGP entro il 31/12/2025	Obiettivo comune tra UU.OO. Di Patologia Clinica
5	3	Sanità digitale	A	Completamento attivazione Software di Gestione della Rete Trasfusionale	Completamento gestione informatizzata tra Centri Trasfusionali e UU.OO. Di Patologia Clinica	Obiettivo comune tra UU.OO. Trasfusionali, Patologia Clinica e UOASSI
6	3	Formazione	B	Organizzazione evento "Patient Blood Management (PBM)"	Un evento formativo rivolto al personale Medico e del Comparto UU.OO. SIMT e Patologia Clinica	Obiettivo condiviso tra U.O. Servizi Trasfusionali e Patologia Clinica

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2025

Rimodulata nel Settembre 2024

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**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	2025 ≥ 2024	
2 # 3 1	Efficienza operativa	M	Produzione unità di plasma da destinare alla lavorazione industriale	2025 ≥ 2024	
3 # 3	Efficienza organizzativa	A	Percentuale di Unità di sangue eliminate per cause tecniche	2025 < 2024	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 tra Centri Trasfusionali e UU.OO. Di Patologia Clinica	Obiettivo comune tra UU.OO. Trasfusionali, Patologia Clinica e UOASSI
6 4 3	Efficienza operativa	M	Avvio della produzione di Emocomponenti ad uso non trasfusionale		
8 3	Formazione	B	Organizzazione evento "Patient Blood Management (PBM)"	Un evento formativo rivolto al personale Medico e del Comparto UU.OO. SIMT e Patologia Clinica	Obiettivo condiviso tra U.O. Servizi Trasfusionali e Patologia Clinica

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

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

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

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

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

**Sottoscritta nel Gennaio 2025**
**Rimodulata nel Settembre 2024**
**DIRETTORE DIPARTIMENTO**
**DIRETTORE GENERALE**

**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	2025 ≥ 2024	
2 # 3 1	Efficienza operativa	M	Produzione unità di plasma da destinare alla lavorazione industriale	2025 ≥ 2024	
3 # 3	Efficienza organizzativa	A	Percentuale di Unità di sangue eliminate per cause tecniche	2025 < 2024	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 tra Centri Trasfusionali e UU.OO. Di Patologia Clinica	Obiettivo comune tra UU.OO. Trasfusionali, Patologia Clinica e UOASSI
6 4 3	Efficienza operativa	M	Avvio della produzione di Emocomponenti ad uso non trasfusionale		
8 3	Formazione	B	Organizzazione evento "Patient Blood Management (PBM)"	Un evento formativo rivolto al personale Medico e del Comparto UU.OO. SIMT e Patologia Clinica	Obiettivo condiviso tra U.O. Servizi Trasfusionali e Patologia Clinica

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

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

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

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

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

**Sottoscritta nel Gennaio 2025**
**Rimodulata nel Settembre 2024**
**DIRETTORE DIPARTIMENTO**
**DIRETTORE GENERALE**

**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 dipartimentale 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	Aggiornamento del Piano Organizzativo della Rete dei Laboratori della ASL BA alla luce delle modifiche della Rete Ospedaliera	Invio del Piano alla Direzione Strategica entro il 30/06/2024	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. Di Patologia Clinica
3	3	Efficienza organizzativa	A	Completamento delle Gare Service dei Lotti Corelab ed Elettroforesi	Invio del Capitolato Tecnico all'AGP entro il 31/12/2025	Obiettivo comune tra UU.OO. Di Patologia Clinica
5	3	Sanità digitale	A	Completamento attivazione Software di Gestione della Rete Trasfusionale	Completamento gestione informatizzata tra Centri Trasfusionali e UU.OO. Di Patologia Clinica	Obiettivo comune tra UU.OO. Trasfusionali, Patologia Clinica e UOASSI
6	3	Formazione	B	Organizzazione evento "Patient Blood Management (PBM)"	Un evento formativo rivolto al personale Medico e del Comparto UU.OO. SIMT e Patologia Clinica	Obiettivo condiviso tra U.O. Servizi Trasfusionali e Patologia Clinica

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2025

Rimodulata nel Settembre 2024

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**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	2025 ≥ 2024	
2 # 3 1	Efficienza operativa	M	Produzione unità di plasma da destinare alla lavorazione industriale	2025 ≥ 2024	
3 # 3	Efficienza organizzativa	A	Percentuale di Unità di sangue eliminate per cause tecniche	2025 < 2024	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 tra Centri Trasfusionali e UU.OO. Di Patologia Clinica	Obiettivo comune tra UU.OO. Trasfusionali, Patologia Clinica e UOASSI
6 4 3	Efficienza operativa	M	Avvio della produzione di Emocomponenti ad uso non trasfusionale		
8 3	Formazione	B	Organizzazione evento "Patient Blood Management (PBM)"	Un evento formativo rivolto al personale Medico e del Comparto UU.OO. SIMT e Patologia Clinica	Obiettivo condiviso tra U.O. Servizi Trasfusionali e Patologia Clinica

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

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

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

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

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

**Sottoscritta nel Gennaio 2025**
**Rimodulata nel Settembre 2024**
**DIRETTORE DIPARTIMENTO**
**DIRETTORE GENERALE**

**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	"Procedura per il trasporto dei campioni biologici citologici e istologici" – aggiornamento 02	Aggiornamento della procedura - Delibera del DG n.405 del 9 marzo 2021 Invio della procedura aggiornata alla Direzione Sanitaria	Allegare alla Relazione finale la documentazione relativa all'invio
2	4	Efficienza organizzativa	M	Monitoraggio della qualità dei campioni cito-istologici di screening provenienti dai Consultori Familiari e dagli Ambulatori di Ginecologia	Invio di report trimestrale alle Strutture richiedenti, alla Direzione Sanitaria e alla UOSVD Screening cervicale Briefing mensile con UOSVD Screening cervicale con relazione	Allegare alla Relazione finale la documentazione relativa agli invii e briefing
3	4	Potenziamento screening oncologici	A	Screening Carcinoma Cervice Uterina: Monitoraggio della mancata applicazione delle indicazioni delle linee guida per la prevenzione del cervicocarcinoma da parte delle Strutture afferenti	Invio di report trimestrale alle Strutture richiedenti, alla Direzione Sanitaria e alla UOSVD Screening cervicale	Allegare alla Relazione finale la documentazione relativa all'invio
4	4	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

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2025

Rimodulata nel Settembre 2024

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**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 dipartimentale 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	Aggiornamento del Piano Organizzativo della Rete dei Laboratori della ASL BA alla luce delle modifiche della Rete Ospedaliera	Invio del Piano alla Direzione Strategica entro il 30/06/2024	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. Di Patologia Clinica
3	3	Efficienza organizzativa	A	Completamento delle Gare Service dei Lotti Corelab ed Elettroforesi	Invio del Capitolato Tecnico all'AGP entro il 31/12/2025	Obiettivo comune tra UU.OO. Di Patologia Clinica
5	3	Sanità digitale	A	Completamento attivazione Software di Gestione della Rete Trasfusionale	Completamento gestione informatizzata tra Centri Trasfusionali e UU.OO. Di Patologia Clinica	Obiettivo comune tra UU.OO. Trasfusionali, Patologia Clinica e UOASSI
6	3	Formazione	B	Organizzazione evento "Patient Blood Management (PBM)"	Un evento formativo rivolto al personale Medico e del Comparto UU.OO. SIMT e Patologia Clinica	Obiettivo condiviso tra U.O. Servizi Trasfusionali e Patologia Clinica

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2025

Rimodulata nel Settembre 2024

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**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 dipartimentale 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	Aggiornamento del Piano Organizzativo della Rete dei Laboratori della ASL BA alla luce delle modifiche della Rete Ospedaliera	Invio del Piano alla Direzione Strategica entro il 30/06/2024	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. Di Patologia Clinica
3	3	Efficienza organizzativa	A	Completamento delle Gare Service dei Lotti Corelab ed Elettroforesi	Invio del Capitolato Tecnico all'AGP entro il 31/12/2025	Obiettivo comune tra UU.OO. Di Patologia Clinica
5	3	Sanità digitale	A	Completamento attivazione Software di Gestione della Rete Trasfusionale	Completamento gestione informatizzata tra Centri Trasfusionali e UU.OO. Di Patologia Clinica	Obiettivo comune tra UU.OO. Trasfusionali, Patologia Clinica e UOASSI
6	3	Formazione	B	Organizzazione evento "Patient Blood Management (PBM)"	Un evento formativo rivolto al personale Medico e del Comparto UU.OO. SIMT e Patologia Clinica	Obiettivo condiviso tra U.O. Servizi Trasfusionali e Patologia Clinica

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2025

Rimodulata nel Settembre 2024

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**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	2025 ≥ 2024	
2 # 3 1	Efficienza operativa	M	Produzione unità di plasma da destinare alla lavorazione industriale	2025 ≥ 2024	
3 # 3	Efficienza organizzativa	A	Percentuale di Unità di sangue eliminate per cause tecniche	2025 < 2024	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 tra Centri Trasfusionali e UU.OO. Di Patologia Clinica	Obiettivo comune tra UU.OO. Trasfusionali, Patologia Clinica e UOASSI
6 4 3	Efficienza operativa	M	Avvio della produzione di Emocomponenti ad uso non trasfusionale		
8 3	Formazione	B	Organizzazione evento "Patient Blood Management (PBM)"	Un evento formativo rivolto al personale Medico e del Comparto UU.OO. SIMT e Patologia Clinica	Obiettivo condiviso tra U.O. Servizi Trasfusionali e Patologia Clinica

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

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

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

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

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

**Sottoscritta nel Gennaio 2025**
**Rimodulata nel Settembre 2024**
**DIRETTORE DIPARTIMENTO**
**DIRETTORE GENERALE**

**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	2025 ≥ 2024	
2 # 3 1	Efficienza operativa	M	Produzione unità di plasma da destinare alla lavorazione industriale	2025 ≥ 2024	
3 # 3	Efficienza organizzativa	A	Percentuale di Unità di sangue eliminate per cause tecniche	2025 < 2024	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 tra Centri Trasfusionali e UU.OO. Di Patologia Clinica	Obiettivo comune tra UU.OO. Trasfusionali, Patologia Clinica e UOASSI
6 4 3	Efficienza operativa	M	Avvio della produzione di Emocomponenti ad uso non trasfusionale		
8 3	Formazione	B	Organizzazione evento "Patient Blood Management (PBM)"	Un evento formativo rivolto al personale Medico e del Comparto UU.OO. SIMT e Patologia Clinica	Obiettivo condiviso tra U.O. Servizi Trasfusionali e Patologia Clinica

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

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

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

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

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

**Sottoscritta nel Gennaio 2025**
**Rimodulata nel Settembre 2024**
**DIRETTORE DIPARTIMENTO**
**DIRETTORE GENERALE**

**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 dipartimentale 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	Aggiornamento del Piano Organizzativo della Rete dei Laboratori della ASL BA alla luce delle modifiche della Rete Ospedaliera	Invio del Piano alla Direzione Strategica entro il 30/06/2024	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. Di Patologia Clinica
3	3	Efficienza organizzativa	A	Completamento delle Gare Service dei Lotti Corelab ed Elettroforesi	Invio del Capitolato Tecnico all'AGP entro il 31/12/2025	Obiettivo comune tra UU.OO. Di Patologia Clinica
5	3	Sanità digitale	A	Completamento attivazione Software di Gestione della Rete Trasfusionale	Completamento gestione informatizzata tra Centri Trasfusionali e UU.OO. Di Patologia Clinica	Obiettivo comune tra UU.OO. Trasfusionali, Patologia Clinica e UOASSI
6	3	Formazione	B	Organizzazione evento "Patient Blood Management (PBM)"	Un evento formativo rivolto al personale Medico e del Comparto UU.OO. SIMT e Patologia Clinica	Obiettivo condiviso tra U.O. Servizi Trasfusionali e Patologia Clinica

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2025

Rimodulata nel Settembre 2024

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**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 dipartimentale 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	Aggiornamento del Piano Organizzativo della Rete dei Laboratori della ASL BA alla luce delle modifiche della Rete Ospedaliera	Invio del Piano alla Direzione Strategica entro il 30/06/2024	Obiettivo condiviso tra le UU.OO. Di Patologia Clinica
3	3	Efficienza organizzativa	A	Completamento delle Gare Service dei Lotti Corelab ed Elettroforesi	Invio del Capitolato Tecnico all'AGP entro il 31/12/2025	Obiettivo comune tra UU.OO. Di Patologia Clinica
5	3	Sanità digitale	A	Completamento attivazione Software di Gestione della Rete Trasfusionale	Completamento gestione informatizzata tra Centri Trasfusionali e UU.OO. Di Patologia Clinica	Obiettivo comune tra UU.OO. Trasfusionali, Patologia Clinica e UOASSI
6	3	Formazione	B	Organizzazione evento "Patient Blood Management (PBM)"	Un evento formativo rivolto al personale Medico e del Comparto UU.OO. SIMT e Patologia Clinica	Obiettivo condiviso tra U.O. Servizi Trasfusionali e Patologia Clinica

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2025

Rimodulata nel Settembre 2024

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**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 sulle Emocolture dall'accettazione alla refertazione	Organizzazione di un momento formativo rivolto al personale infermieristico della ASL	
2	3	Clinical governance	A	Accentramento della diagnostica virologica aziendale presso il Laboratorio Provinciale di Microbiologia e Virologia dell'Ospedale Di Venere	Entro il 31/12/2025	
3	3	Clinical governance	A	Elaborazione di report mensile sulle infezioni ospedaliere	Invio alle UU.OO. critiche e alle Direzioni Mediche di Presidio	Nella Relazione allegare documentazione relativo all'invio
4	3 4	Clinical governance	A	Implementazione di un nuovo settore Biologia Molecolare	Invio dei Capitolati Tecnici all'AGP entro 30/06/2025	

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 Gennaio 2025

Rimodulata nel Settembre 2024

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

DIPARTIMENTO Dipartimento Gestione del Farmaco

UNITA' OPERATIVA UOC Farmacia Territoriale

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture	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 al 30 giugno e 31 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	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 riportare nella 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 riportare nella 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	Come da L.R. 7/2022- Obiettivo dipartimentale
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 ≥ 30	
8	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
9	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 Gennaio 2025

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**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 al 30 giugno e 31 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	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 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	Come da L.R. 7/2022- Obiettivo dipartimentale
4	3 1	Efficienza organizzativa	M	organizzazione di incontri periodici con le singole UU.OO. sull'andamento della spesa per beni sanitari	N. 3 Verbali incontri	Incontri da organizzare con la U.O. Farmacia, la Direzione Amministrativa e le UU.OO. 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 operativa	A	Elaborazione di almeno un Capitolato Tecnico per ciascuna Farmacia Ospedaliera per l'acquisto di beni sanitari	Invio del Capitolato Tecnico all'AGP entro il 31/12/2025	

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 Gennaio 2025

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Trasmissione bolle caricate in 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 al 30 giugno e 31 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	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 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	Come da L.R. 7/2022- Obiettivo dipartimentale
4	3 1	Efficienza organizzativa	M	organizzazione di incontri periodici con le singole UU.OO. sull'andamento della spesa per beni sanitari	N. 3 Verbali incontri	Incontri da organizzare con la U.O. Farmacia, la Direzione Amministrativa e le UU.OO. 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 operativa	A	Elaborazione di almeno un Capitolato Tecnico per ciascuna Farmacia Ospedaliera per l'acquisto di beni sanitari	Invio del Capitolato Tecnico all'AGP entro il 31/12/2025	

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 Gennaio 2025

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Trasmissione bolle caricate in 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 al 30 giugno e 31 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	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 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	Come da L.R. 7/2022- Obiettivo dipartimentale
4	3 1	Efficienza organizzativa	M	organizzazione di incontri periodici con le singole UU.OO. sull'andamento della spesa per beni sanitari	N. 3 Verbali incontri	Incontri da organizzare con la U.O. Farmacia, la Direzione Amministrativa e le UU.OO. 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 operativa	A	Elaborazione di almeno un Capitolato Tecnico per ciascuna Farmacia Ospedaliera per l'acquisto di beni sanitari	Invio del Capitolato Tecnico all'AGP entro il 31/12/2025	

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 Gennaio 2025

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Trasmissione bolle caricate in 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 al 30 giugno e 31 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	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 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	Come da L.R. 7/2022- Obiettivo dipartimentale
4	3 1	Efficienza organizzativa	M	organizzazione di incontri periodici con le singole UU.OO. sull'andamento della spesa per beni sanitari	N. 3 Verbali incontri	Incontri da organizzare con la U.O. Farmacia, la Direzione Amministrativa e le UU.OO. 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 operativa	A	Elaborazione di almeno un Capitolato Tecnico per ciascuna Farmacia Ospedaliera per l'acquisto di beni sanitari	Invio del Capitolato Tecnico all'AGP entro il 31/12/2025	

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 Gennaio 2025

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Trasmissione bolle caricate in 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 al 30 giugno e 31 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	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 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	Come da L.R. 7/2022- Obiettivo dipartimentale
4	3 1	Efficienza organizzativa	M	organizzazione di incontri periodici con le singole UU.OO. sull'andamento della spesa per beni sanitari	N. 3 Verbali incontri	Incontri da organizzare con la U.O. Farmacia, la Direzione Amministrativa e le UU.OO. 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 operativa	A	Elaborazione di almeno un Capitolato Tecnico per ciascuna Farmacia Ospedaliera per l'acquisto di beni sanitari	Invio del Capitolato Tecnico all'AGP entro il 31/12/2025	

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 Gennaio 2025

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**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 al 30 giugno e 31 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	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 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	Come da L.R. 7/2022- Obiettivo dipartimentale
4	3 1	Efficienza organizzativa	M	organizzazione di incontri periodici con le singole UU.OO. sull'andamento della spesa per beni sanitari	N. 3 Verbali incontri	Incontri da organizzare con la U.O. Farmacia, la Direzione Amministrativa e le UU.OO. 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 operativa	A	Elaborazione di almeno un Capitolato Tecnico per ciascuna Farmacia Ospedaliera per l'acquisto di beni sanitari	Invio del Capitolato Tecnico all'AGP entro il 31/12/2025	

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 Gennaio 2025

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**DIPARTIMENTO** Dipartimento Gestione del Farmaco

**UNITA' OPERATIVA** UOSVD Farmacia Ospedaliera Osp. Corato

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Trasmissione bolle caricate in 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 al 30 giugno e 31 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	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 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	Come da L.R. 7/2022- Obiettivo dipartimentale
4	3 1	Efficienza organizzativa	M	organizzazione di incontri periodici con le singole UU.OO. sull'andamento della spesa per beni sanitari	N. 3 Verbali incontri	Incontri da organizzare con la U.O. Farmacia, la Direzione Amministrativa e le UU.OO. 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 operativa	A	Elaborazione di almeno un Capitolato Tecnico per ciascuna Farmacia Ospedaliera per l'acquisto di beni sanitari	Invio del Capitolato Tecnico all'AGP entro il 31/12/2025	

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 Gennaio 2025

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**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.
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 4 3	Clinical governance	A	Elaborazione di Percorso integrato per la gestione degli accessi vascolari per Emodialisi	Invio della procedura elaborata secondo la DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Obiettivo in comune tra U.O.C. Chirurgia Vascolare Di Venere e U.O.C. Nefrologia Di Venere. Allegare alla Relazione finale la documentazione di invio
7 # 1 3	Efficienza operativa	B	Fatturato prestazioni ambulatoriali esterne	Fatturato prestazioni ambulatoriali esterne 2025 > 2024	
11 # 3 4	Sanità digitale	B	Percentuale di Cartelle Cliniche Elettroniche chiuse	100%	
12 3	Clinical governance	M	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n.2 e Checklist di Sala Operatoria	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.

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

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

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

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

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

**Sottoscritta nel Gennaio 2025**
**Rimodulata nel Settembre 2024**
**DIRETTORE DIPARTIMENTO**
**DIRETTORE GENERALE**

**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	
9 # 3 4	Sanità digitale	B	Percentuale di Cartelle Cliniche Elettroniche chiuse	100%	
10 # 3	Clinical governance	M	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n.2 e Checklist di Sala Operatoria	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2025

Rimodulata nel Settembre 2024

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**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	Efficienza operativa	M	N. esami strumentali EcoTSA e Doppler Transcranico	2025 = > 2024	Codici prestazioni: 88712, 88713, 88735
5 # 3	Efficienza operativa	M	Implementazione controllo neurologico in telemedicina: N. di Televisite neurologiche di controllo	> 50	Codice prestazione: 12744
8 # 3 4	Sanità digitale	B	Percentuale di Cartelle Cliniche Elettroniche chiuse	100%	
9 3	Clinical governance	M	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 13 per la prevenzione delle cadute aggiornata	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2025

Rimodulata nel Settembre 2024

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**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 operativa	A	Fatturato prestazioni ambulatoriali esterne	Fatturato prestazioni ambulatoriali esterne 2025=2024 + 5%	
2 3	Clinical governance	M	Elaborazione Documento per la Dematerializzazione della Documentazione clinica in diagnostica	Invio alla Direzione Sanitaria ASL BA	Allegare documentazione di invio alla Relazione finale
3 3	Clinical governance	M	Elaborazione documento di Management della erogazione delle prestazioni di diagnostica per immagini nei Distretti Socio Sanitari	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

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

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

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

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

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

**Sottoscritta nel Gennaio 2025**
**Rimodulata nel Settembre 2024**
**DIRETTORE DIPARTIMENTO**
**DIRETTORE GENERALE**

**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 Raccomandazione n. 13 per la prevenzione delle cadute aggiornata	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
6 # 3 4	Sanità digitale	B	Percentuale di Cartelle Cliniche Elettroniche chiuse	100%	
7 4	Clinical governance	B	Coordinamento studio prospettico osservazionale su dimissioni ritardate nei reparti Medicina Interna Geriatria e LD Regione Puglia (DIRIMI)	Relazione conclusiva da allegare alla Relazione finale	Obiettivo in comune tra U.O. di Lungodegenza del PPA di Triggiano e U.O. Lungodegenza del PPA di Terlizzi
8 3	Efficienza operativa	A	Numero Day Service per Anemie	2025 = 2024 + 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 Gennaio 2025

Rimodulata nel Settembre 2024

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**DIPARTIMENTO**

Dipartimento di Riabilitazione

**UNITA' OPERATIVA**
**UOSVD Riabilitazione Pneumologica P.P.A. Terlizzi**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Efficienza operativa	A	Fatturato Day Service	Fatturato 2025 = 2024 + 10%	Dati rilevabili da CUP
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	> 2000	
6 # 3	Sanità digitale	B	Percentuale di Cartelle Cliniche Elettroniche chiuse	100%	
7 3	Clinical governance	M	Monitoraggio procedura di implementazione della Raccomandazione n. 13 per la prevenzione delle cadute aggiornata	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	Elaborazione di un protocollo assistenziale relativi alle principali patologie in carico, sia in regime residenziale che assistenziale	Invio del Protocollo alla Direzione Sanitaria Aziendale	Allegare alla Relazione finale documentazione relativa all'invio (copia della mail o N. di protocollo)

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

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

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

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

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

**Sottoscritta nel Gennaio 2025**
**Rimodulata nel Settembre 2024**
**DIRETTORE DIPARTIMENTO**
**DIRETTORE GENERALE**

**DIPARTIMENTO**

Dipartimento di Riabilitazione

**UNITA' OPERATIVA**
**UOSVD Riabilitazione Cardiologica P.P.A. Terlizzi**

N. Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1 # 3	Efficienza operativa	A	Fatturato prestazioni ambulatoriali esterne	Fatturato 2025 = 2024 + 10%	Dati rilevabili da CUP
2 # 1 2	Sanità digitale	B	Numero ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata	> 1000	
4 3	Clinical governance	A	Elaborazione di un protocollo assistenziale relativi alle principali patologie in carico, sia in regime residenziale che assistenziale	Invio del Protocollo alla Direzione Sanitaria Aziendale	Allegare alla Relazione finale documentazione relativa all'invio (copia della mail o N. di protocollo)

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

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

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

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

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

**Sottoscritta nel Gennaio 2025**
**Rimodulata nel Settembre 2024**
**DIRETTORE DIPARTIMENTO**
**DIRETTORE GENERALE**

**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 Raccomandazione n. 13 per la prevenzione delle cadute aggiornata	Invio trimestrale all'U.O. GRC della documentazione per il monitoraggio della procedura	Certificato da UO GRC sulla base del modello di rilevazione predisposto dalla stessa U.O.
6 # 3 4	Sanità digitale	B	Percentuale di Cartelle Cliniche Elettroniche chiuse	100%	
7 3	Efficienza operativa	A	Apertura degli ambulatori di Geriatria, Dietologia e Day Service Anemie	Apertura da gennaio 2025 con cadenza settimanale	
8 4	Clinical governance	B	Coordinamento studio prospettico osservazionale su dimissioni ritardate nei reparti Medicina Interna Geriatria e LD Regione Puglia (DIRIMI)	Relazione conclusiva da allegare alla Relazione finale	Obiettivo in comune tra U.O. di Lungodegenza del PPA di Triggiano e U.O. Lungodegenza del PPA di Terlizzi

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2025

Rimodulata nel Settembre 2024

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**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	Elaborazione Protocollo operativo controlli di qualità SPEC/CT	Invio della procedura secondo DDG 497/2018 all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità	Obiettivo condiviso UOSVD Fisica Sanitaria e UOC Medicina Nucleare. Nella Relazione finale allegare documentazione relativa all'invio della procedura all'U.O. Gestione del Rischio Clinico e Qualità
5	3	Efficienza organizzativa	A	Relazione per i rischi specifici da radiazioni ionizzanti negli ambienti in cui sono allocate apparecchiature e/o sorgenti radiogene e per il rischio in risonanza magnetica	Invio con protocollo della relazione al Dipartimento Sicurezza e Qualità ai fini della certificazione per la Fisica Sanitaria del raggiungimento obiettivo	Nella Relazione finale allegare documentazione relativa all'invio della relazione 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 Gennaio 2025

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3 1	Efficienza organizzativa	M	Organizzazione di incontri periodici con le singole UU.OO. Sull'andamento della spesa per beni sanitari	N. 3 Verbalì incontri	Incontri da organizzare con la U.O. Farmacia, la Direzione Amministrativa e le UU.OO. Da allegare alla Relazione finale
2	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
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	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
5	3	Governo delle liste di attesa	A	Organizzazione di incontri periodici sull'andamento delle liste di attesa	1 incontro annuo dipartimentale	Obiettivo condiviso tra Direzioni Mediche di Presidio e UOSVD Governo Liste di Attesa
6	3	Appropriatezza delle prestazioni sanitarie	B	Controllo casuale sul 10% delle Cartelle Cliniche relativamente alla correttezza compilativa dei Consensi Informati e Check list di Sala Operatoria	Trasmissione di n.2 report semestrali alla Direzione Sanitaria Aziendale	Note di trasmissione da allegare alla Relazione finale.
7	3 1	Formazione	B	Organizzazione di evento sulla digitalizzazione dei percorsi sanitari per il personale delle Direzioni Mediche e del P.O.	Un evento dipartimentale	Obiettivo in comune a tutte le 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 Gennaio 2025

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3 1	Efficienza organizzativa	M	organizzazione di incontri periodici con le singole UU.OO. sull'andamento della spesa per beni sanitari	N. 3 Verbalì incontri	Incontri da organizzare con la U.O. Farmacia, la Direzione Amministrativa e le UU.OO. Da allegare alla Relazione finale
2	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
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	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
5	3	Governo delle liste di attesa	A	Organizzazione di incontri periodici sull'andamento delle liste di attesa	1 incontro annuo dipartimentale	Obiettivo condiviso tra Direzioni Mediche di Presidio e UOSVD Governo Liste di Attesa
6	3	Appropriatezza delle prestazioni sanitarie	B	Controllo casuale sul 10% delle Cartelle Cliniche relativamente alla correttezza compilativa dei Consensi Informati e Check list di Sala Operatoria	Trasmissione di n.2 report semestrali alla Direzione Sanitaria Aziendale	Note di trasmissione da allegare alla Relazione finale.
7	3 1	Formazione	B	Organizzazione di evento sulla digitalizzazione dei percorsi sanitari per il personale delle Direzioni Mediche e del P.O.	Un evento dipartimentale	Obiettivo in comune a tutte le 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 Gennaio 2025

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3 1	Efficienza organizzativa	M	organizzazione di incontri periodici con le singole UU.OO. sull'andamento della spesa per beni sanitari	N. 3 Verbalì incontri	Incontri da organizzare con la U.O. Farmacia, la Direzione Amministrativa e le UU.OO. Da allegare alla Relazione finale
2	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
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	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
5	3	Governo delle liste di attesa	A	Organizzazione di incontri periodici sull'andamento delle liste di attesa	1 incontro annuo dipartimentale	Obiettivo condiviso tra Direzioni Mediche di Presidio e UOSVD Governo Liste di Attesa
6	3	Appropriatezza delle prestazioni sanitarie	B	Controllo casuale sul 10% delle Cartelle Cliniche relativamente alla correttezza compilativa dei Consensi Informati e Check list di Sala Operatoria	Trasmissione di n.2 report semestrali alla Direzione Sanitaria Aziendale	Note di trasmissione da allegare alla Relazione finale.
7	3 1	Formazione	B	Organizzazione di evento sulla digitalizzazione dei percorsi sanitari per il personale delle Direzioni Mediche e del P.O.	Un evento dipartimentale	Obiettivo in comune a tutte le 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 Gennaio 2025

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3 1	Efficienza organizzativa	M	organizzazione di incontri periodici con le singole UU.OO. sull'andamento della spesa per beni sanitari	N. 3 Verbalì incontri	Incontri da organizzare con la U.O. Farmacia, la Direzione Amministrativa e le UU.OO. Da allegare alla Relazione finale
2	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
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	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
5	3	Governo delle liste di attesa	A	Organizzazione di incontri periodici sull'andamento delle liste di attesa	1 incontro annuo dipartimentale	Obiettivo condiviso tra Direzioni Mediche di Presidio e UOSVD Governo Liste di Attesa
6	3	Appropriatezza delle prestazioni sanitarie	B	Controllo casuale sul 10% delle Cartelle Cliniche relativamente alla correttezza compilativa dei Consensi Informati e Check list di Sala Operatoria	Trasmissione di n.2 report semestrali alla Direzione Sanitaria Aziendale	Note di trasmissione da allegare alla Relazione finale.
7	3 1	Formazione	B	Organizzazione di evento sulla digitalizzazione dei percorsi sanitari per il personale delle Direzioni Mediche e del P.O.	Un evento dipartimentale	Obiettivo in comune a tutte le 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 Gennaio 2025

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3 1	Efficienza organizzativa	M	organizzazione di incontri periodici con le singole UU.OO. sull'andamento della spesa per beni sanitari	N. 3 Verbalì incontri	Incontri da organizzare con la U.O. Farmacia, la Direzione Amministrativa e le UU.OO. Da allegare alla Relazione finale
2	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
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	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
5	3	Governo delle liste di attesa	A	Organizzazione di incontri periodici sull'andamento delle liste di attesa	1 incontro annuo dipartimentale	Obiettivo condiviso tra Direzioni Mediche di Presidio e UOSVD Governo Liste di Attesa
6	3	Appropriatezza delle prestazioni sanitarie	B	Controllo casuale sul 10% delle Cartelle Cliniche relativamente alla correttezza compilativa dei Consensi Informati e Check list di Sala Operatoria	Trasmissione di n.2 report semestrali alla Direzione Sanitaria Aziendale	Note di trasmissione da allegare alla Relazione finale.
7	3 1	Formazione	B	Organizzazione di evento sulla digitalizzazione dei percorsi sanitari per il personale delle Direzioni Mediche e del P.O.	Un evento dipartimentale	Obiettivo in comune a tutte le 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 Gennaio 2025

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3 1	Efficienza organizzativa	M	organizzazione di incontri periodici con le singole UU.OO. sull'andamento della spesa per beni sanitari	N. 3 Verbalì incontri	Incontri da organizzare con la U.O. Farmacia, la Direzione Amministrativa e le UU.OO. Da allegare alla Relazione finale
2	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
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	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
5	3	Governo delle liste di attesa	A	Organizzazione di incontri periodici sull'andamento delle liste di attesa	1 incontro annuo dipartimentale	Obiettivo condiviso tra Direzioni Mediche di Presidio e UOSVD Governo Liste di Attesa
6	3	Appropriatezza delle prestazioni sanitarie	B	Controllo casuale sul 10% delle Cartelle Cliniche relativamente alla correttezza compilativa dei Consensi Informati e Check list di Sala Operatoria	Trasmissione di n.2 report semestrali alla Direzione Sanitaria Aziendale	Note di trasmissione da allegare alla Relazione finale.
7	3 1	Formazione	B	Organizzazione di evento sulla digitalizzazione dei percorsi sanitari per il personale delle Direzioni Mediche e del P.O.	Un evento dipartimentale	Obiettivo in comune a tutte le 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 Gennaio 2025

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3 1	Efficienza organizzativa	M	organizzazione di incontri periodici con le singole UU.OO. sull'andamento della spesa per beni sanitari	N. 3 Verbalì incontri	Incontri da organizzare con la U.O. Farmacia, la Direzione Amministrativa e le UU.OO. Da allegare alla Relazione finale
2	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
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	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
5	3	Governo delle liste di attesa	A	Organizzazione di incontri periodici sull'andamento delle liste di attesa	1 incontro annuo dipartimentale	Obiettivo condiviso tra Direzioni Mediche di Presidio e UOSVD Governo Liste di Attesa
6	3	Appropriatezza delle prestazioni sanitarie	B	Controllo casuale sul 10% delle Cartelle Cliniche relativamente alla correttezza compilativa dei Consensi Informati e Check list di Sala Operatoria	Trasmissione di n.2 report semestrali alla Direzione Sanitaria Aziendale	Note di trasmissione da allegare alla Relazione finale.
7	3 1	Formazione	B	Organizzazione di evento sulla digitalizzazione dei percorsi sanitari per il personale delle Direzioni Mediche e del P.O.	Un evento dipartimentale	Obiettivo in comune a tutte le 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 Gennaio 2025

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**DIPARTIMENTO** Dipartimento Amministrativo

**UNITA' OPERATIVA** UOC Direzione Amministrativa Osp. San Paolo-Molfetta-Corato-Terlizzi-Murgia

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture	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	Efficienza organizzativa	M	organizzazione di incontri periodici con le singole UU.OO. sull'andamento della spesa per beni sanitari	N. 3 Verbali incontri	Incontri da organizzare con la U.O. Farmacia, la Direzione Amministrativa e le UU.OO. Da allegare alla Relazione finale
7	1	Deflazionamento del contenzioso	A	Monitoraggio delle prestazioni erogate in pronta disponibilità attiva e relativi riposi, ai sensi del DLGS 66/2003 e Legge 133/2008	N 3 verifiche annue su 3 UO di ciascun P.O.	Inviare report trimestrali all'AGRU, alla DMPO e ai direttori delle UO interessate. Allegare documentazione alla relazione finale
8	1	Deflazionamento del contenzioso	A	Monitoraggio ferie maturate e non godute	Verifiche trimestrali (ad aprile-luglio- ottobre- gennaio) sulla base delle disposizioni aziendali nota prot. 20776 del 2024	Invio dei Report trimestrali alle UUOO- Direzioni Mediche e AGRU. Allegare documentazione alla relazione finale
9	1	Deflazionamento del contenzioso	A	Ricognizione delle 200/250 partite aperte/fatture anni precedenti implementate sul MOSS come da indicazione AGRF	Analisi e valutazioni di almeno il 60% delle fatture	Invio relazione/prospetto con analisi al 31/12/2025 all' AGRF

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2025

Rimodulata nel Settembre 2024

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**DIPARTIMENTO** Dipartimento Amministrativo

**UNITA' OPERATIVA** UOC Direzione Amministrativa Osp. Di Venere-Triggiano-Monopoli-Putignano

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture	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	Efficienza organizzativa	M	organizzazione di incontri periodici con le singole UU.OO. sull'andamento della spesa per beni sanitari	N. 3 Verbalì incontri	Incontri da organizzare con la U.O. Farmacia, la Direzione Amministrativa e le UU.OO. Da allegare alla Relazione finale
7	1	Deflazionamento del contenzioso	A	Monitoraggio delle prestazioni erogate in pronta disponibilità attiva e relativi riposi, ai sensi del DLGS 66/2003 e Legge 133/2008	N 3 verifiche annue su 3 UO di ciascun P.O.	Inviare report trimestrali all'AGRU, alla DMPO e ai direttori delle UO interessate. Allegare documentazione alla relazione finale
8	1	Deflazionamento del contenzioso	A	Monitoraggio ferie maturate e non godute	Verifiche trimestrali (ad aprile-luglio- ottobre- gennaio) sulla base delle disposizioni aziendali nota prot. 20776 del 2024	Invio dei Report trimestrali alle UUOO- Direzioni Mediche e AGRU. Allegare documentazione alla relazione finale
9	3	Efficienza organizzativa	A	Aggiudicazione procedura aperta per fornitura triennale di protesi e mat. vascolare per chir. vascolare ed endovascolare per le UOC di Chir. Vascolare e Cardiologia dell'ASL BA finalizzata alla conclusione di un Accordo Quadro con più operatori economici	Delibera di aggiudicazione entro il 31/12/2025	Obiettivo condiviso tra Obiettivo condiviso tra AGP e Dir. Amministrativa Area Ospedaliera Bari 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 Gennaio 2025

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**DIPARTIMENTO** Dipartimento di Assistenza Territoriale

**UNITA' OPERATIVA** UOC Distretto S.S. n. 1

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture	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	45% della popolazione bersaglio	Obiettivo condiviso tra UOSVD Screening Service Uterina e Distretti. Subordinato alla integrazione della dotazione organica e agli adeguamenti strutturali dei Consulteri. Certificato dal Dipartimento di Prevenzione
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
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, di cui 1 con la partecipazione delle UDMG e UDPLS	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 Gennaio 2025

Rimodulata nel Settembre 2024

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**DIPARTIMENTO** Dipartimento di Assistenza Territoriale

**UNITA' OPERATIVA** UOC Distretto S.S. n. 2

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture	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	45% della popolazione bersaglio	Obiettivo condiviso tra UOSVD Screening Service Uterina e Distretti. Subordinato alla integrazione della dotazione organica e agli adeguamenti strutturali dei Consulitori. Certificato dal Dipartimento di Prevenzione
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
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, di cui 1 con la partecipazione delle UDMG e UDPLS	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 Gennaio 2025

Rimodulata nel Settembre 2024

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**DIPARTIMENTO** Dipartimento di Assistenza Territoriale

**UNITA' OPERATIVA** UOC Distretto S.S. n. 3

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture	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	45% della popolazione bersaglio	Obiettivo condiviso tra UOSVD Screening Service Uterina e Distretti. Subordinato alla integrazione della dotazione organica e agli adeguamenti strutturali dei Consulteri. Certificato dal Dipartimento di Prevenzione
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
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, di cui 1 con la partecipazione delle UDMG e UDPLS	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 Gennaio 2025

Rimodulata nel Settembre 2024

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**DIPARTIMENTO** Dipartimento di Assistenza Territoriale

**UNITA' OPERATIVA** UOC Distretto S.S. n. 4

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture	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	45% della popolazione bersaglio	Obiettivo condiviso tra UOSVD Screening Service Uterina e Distretti. Subordinato alla integrazione della dotazione organica e agli adeguamenti strutturali dei Consulitori. Certificato dal Dipartimento di Prevenzione
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
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, di cui 1 con la partecipazione delle UDMG e UDPLS	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 Gennaio 2025

Rimodulata nel Settembre 2024

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**DIPARTIMENTO** Dipartimento di Assistenza Territoriale

**UNITA' OPERATIVA** UOC Distretto S.S. n. 5

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture	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	45% della popolazione bersaglio	Obiettivo condiviso tra UOSVD Screening Service Uterina e Distretti. Subordinato alla integrazione della dotazione organica e agli adeguamenti strutturali dei Consulteri. Certificato dal Dipartimento di Prevenzione
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
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, di cui 1 con la partecipazione delle UDMG e UDPLS	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 2025 > 2024	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 Gennaio 2025

Rimodulata nel Settembre 2024

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**DIPARTIMENTO** Dipartimento di Assistenza Territoriale

**UNITA' OPERATIVA** UOC Distretto S.S. Unico - Bari

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture	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	45% della popolazione bersaglio	Obiettivo condiviso tra UOSVD Screening Service Uterina e Distretti. Subordinato alla integrazione della dotazione organica e agli adeguamenti strutturali dei Consulteri. Certificato dal Dipartimento di Prevenzione
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
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, di cui 1 con la partecipazione delle UDMG e UDPLS	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 Gennaio 2025

Rimodulata nel Settembre 2024

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**DIPARTIMENTO** Dipartimento di Assistenza Territoriale

**UNITA' OPERATIVA** UOC Distretto S.S. n. 9

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture	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	45% della popolazione bersaglio	Obiettivo condiviso tra UOSVD Screening Service Uterina e Distretti. Subordinato alla integrazione della dotazione organica e agli adeguamenti strutturali dei Consulteri. Certificato dal Dipartimento di Prevenzione
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
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, di cui 1 con la partecipazione delle UDMG e UDPLS	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 Gennaio 2025

Rimodulata nel Settembre 2024

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**DIPARTIMENTO** Dipartimento di Assistenza Territoriale

**UNITA' OPERATIVA** UOC Distretto S.S. n. 10

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture	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	45% della popolazione bersaglio	Obiettivo condiviso tra UOSVD Screening Service Uterina e Distretti. Subordinato alla integrazione della dotazione organica e agli adeguamenti strutturali dei Consulitori. Certificato dal Dipartimento di Prevenzione
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
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, di cui 1 con la partecipazione delle UDMG e UDPLS	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 Gennaio 2025

Rimodulata nel Settembre 2024

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**DIPARTIMENTO** Dipartimento di Assistenza Territoriale

**UNITA' OPERATIVA** UOC Distretto S.S. n. 11

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture	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	45% della popolazione bersaglio	Obiettivo condiviso tra UOSVD Screening Service Uterina e Distretti. Subordinato alla integrazione della dotazione organica e agli adeguamenti strutturali dei Consulenti. Certificato dal Dipartimento di Prevenzione
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
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, di cui 1 con la partecipazione delle UDMG e UDPLS	Obiettivo condiviso tra Direzioni dei Distretti e UOSVD Governo Liste di Attesa

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2025

Rimodulata nel Settembre 2024

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**DIPARTIMENTO** Dipartimento di Assistenza Territoriale

**UNITA' OPERATIVA** UOC Distretto S.S. n. 12

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture	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	45% della popolazione bersaglio	Obiettivo condiviso tra UOSVD Screening Service Uterina e Distretti. Subordinato alla integrazione della dotazione organica e agli adeguamenti strutturali dei Consulitori. Certificato dal Dipartimento di Prevenzione
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
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, di cui 1 con la partecipazione delle UDMG e UDPLS	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 Gennaio 2025

Rimodulata nel Settembre 2024

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**DIPARTIMENTO** Dipartimento di Assistenza Territoriale

**UNITA' OPERATIVA** UOC Distretto S.S. n. 13

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture	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	45% della popolazione bersaglio	Obiettivo condiviso tra UOSVD Screening Service Uterina e Distretti. Subordinato alla integrazione della dotazione organica e agli adeguamenti strutturali dei Consulteri. Certificato dal Dipartimento di Prevenzione
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
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, di cui 1 con la partecipazione delle UDMG e UDPLS	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 Gennaio 2025

Rimodulata nel Settembre 2024

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**DIPARTIMENTO** Dipartimento di Assistenza Territoriale

**UNITA' OPERATIVA** UOC Distretto S.S. n. 14

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture	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	45% della popolazione bersaglio	Obiettivo condiviso tra UOSVD Screening Service Uterina e Distretti. Subordinato alla integrazione della dotazione organica e agli adeguamenti strutturali dei Consulitori. Certificato dal Dipartimento di Prevenzione
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
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, di cui 1 con la partecipazione delle UDMG e UDPLS	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 Gennaio 2025

Rimodulata nel Settembre 2024

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	1	Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa	A	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture	Giorni liquidazione fattura ≤ 40 dalla registrazione	Obiettivo rimodulabile in corso d'anno sulla base degli esiti previsti dalla Legge N.145/2018 e D.G.R. N. 1487/2019Certificato dall'AGRF
2	3	Attuazione 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	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
7	3	Efficienza organizzativa	M	Gestione amministrativa e giuridica del personale assegnato all'UOC Medicina Penitenziaria e UOC Cure Palliative	Gestione della Rilevazione Presenze, adozione di atti di Medicina Penitenziaria e Cure Palliative, liquidazione delle competenze accessorie e di astensione da lavoro (congedi, aspettative, benefici legge 104 ecc).	Nella Relazione finale allegare elenco dei provvedimenti adottati e gestione in rilevazione presenze delle risorse
8	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)
9	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
10	3	Efficienza organizzativa	M	Coordinamento nelle attività Dipartimentali per la predisposizione del Piano degli Investimenti anno 2025	Riscontro nei termini previsti dalla richiesta dell'Ingegneria Clinica	Nota di riscontro
11	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 Gennaio 2025

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

**DIPARTIMENTO** Dipartimento di Assistenza Territoriale

**UNITA' OPERATIVA** **UOC Cure Palliative**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Formazione	B	Organizzazione di evento formativo rivolto a personale medico e di comparto della ASL	Almeno due eventi	Nella Relazione finale indicare data, sede, argomento e partecipanti.
2	3	Clinical governance	M	Elaborazione di un percorso di sedazione palliativa	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
3	3	Clinical governance	M	Elaborazione di percorso aziendale di posizionamento PEG di primo impianto e prima sostituzione per i pazienti Fragili e Rari in collaborazione con UOC Cure Palliative e UOC Gastroenterologia P.O. San Paolo.	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, U.O. Gastroenterologia P.O. San Paolo e U.O. Cure Palliative
4	3	Miglioramento della qualità assistenziale	A	Implementazione dell'ambulatorio di Cure Palliative di Grumo Appula con attivazione Ambulatorio Infermieristico di Cure Simultanee per Malati Rari e Fragili (come da Del. 1252 del 15 luglio 2019).		Obiettivo condiviso tra Centro Territoriale Malattie Rare e U.O. Cure Palliative
5	3	Efficienza organizzativa	M	Elaborazione della Carta dei Servizi della U.O.C. Cure Palliative	Invio della bozza della Carta dei Servizi alla Direzione Sanitaria Aziendale	Nella Relazione finale allegare 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 Gennaio 2025

Rimodulata nel Settembre 2024

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**

N.	Prosp. BSC *	Descrizione	Peso **	Indicatore	Target	Note
1	3	Clinical governance	M	Potenziamento campagna vaccinale per la popolazione detenuta	Invio di Relazione alla Direzione Sanitaria	Allegare alla Relazione finale copia del documento e documentazione relativa all'invio alla Relazione finale
2	3	Clinical governance	A	Elaborazione di protocollo per la diagnosi, cura e follow up delle patologie pneumologiche nella popolazione detenuta	Invio del protocollo all'U.O. Gestione del Rischio Clinico	Obiettivo in collaborazione con la U.O.C. di Pneumologia del P.O. "San Paolo". Allegare alla Relazione finale la documentazione dell'invio all'U.O. Gestione del Rischio Clinico
3	3	Potenziamento screening oncologici	M	Potenziamento degli screening oncologici per il carcinoma del colon-retto nella popolazione detenuta	Invio di Relazione alla Direzione Sanitaria	Allegare alla Relazione finale copia del documento e documentazione relativa all'invio alla Relazione finale
4	3	Formazione	B	Organizzazione di eventi formativi per il personale operante all'interno della U.O.C.	Organizzazione di almeno 3 eventi	Nella Relazione finale indicare data, sede, argomento e partecipanti

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

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

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

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

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

Sottoscritta nel Gennaio 2025

**DIRETTORE DIPARTIMENTO**

**DIRETTORE GENERALE**