

Allegato Deliberazione n. 629 del 21/11/2016 - 1/28

PROT. N. 16020 del 21/09/2016

U.O. Anestesia Rianimazione e Tipo Dott. Giuseppe Carravetta		Obiettivi Anno 2016	
		Valore assegnato	Indicatore ed Ufficio Verifica
<b>Obiettivi Economici</b>			
Obiettivo 1	Incremento del valore della produzione ambulatoriale per la Terapia del dolore ed ambulatorio gestione CVC di almeno il 10% rispetto all'anno precedente, a parità di risorse assegnate.	10%	<b>Indicatore:</b> % incremento del valore della produzione ambulatoriale <b>Ufficio di verifica:</b> S.C.U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità
Obiettivo 2	Rispetto delle procedure individuate dalla SC Farmacia finalizzate alla ottimizzazione della gestione delle rimanenze di reparto.	5%	<b>Indicatore:</b> report semestrale rimanenze di reparto e n. moduli scaduti inversamente proporzionale al raggiungimento <b>Ufficio di verifica:</b> SC Farmacia
Obiettivo 3	Ottimizzazione dell'uso delle risorse assegnate attraverso l'organizzazione che consenta il rispetto delle ore di straordinario di budget assegnate. (ad esclusione delle chiamate in pronta disponibilità da parte di altre UU.OO).	5%	<b>Indicatore:</b> differenza ore effettive - ore budget = 0 <b>Ufficio di verifica:</b> SC AGRU
<b>Obiettivi Sanitari e Organizzativi</b>			
Obiettivo 4	Utilizzo del software di sala operatoria.	5%	<b>Indicatore:</b> utilizzo del software da parte del personale di Sala Operatoria almeno nell'80% dei casi (Rapporto tra dati contenuti nei registri di sala operatoria e dati registrati nella procedura informatica) <b>Ufficio di verifica:</b> SSD Clinical Risk Management e Formazione
Obiettivo 5	Elaborazione di proposta di modello organizzativo finalizzato alla stesura dell'atto aziendale.	10%	<b>Indicatore:</b> comunicazioni acquisite con protocollo generale <b>Ufficio di verifica:</b> S.C. U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità
Obiettivo 6	Verifica della presenza del paziente sul tavolo operatorio non oltre le ore 8:30 e intubazione non oltre le ore 8:45, al fine di consentire l'inizio del tempo chirurgico non oltre le ore 9:00	10%	<b>Indicatore:</b> 70% di rispetto dell'obiettivo sul totale degli interventi rilevati dal registro di sala operatoria e dalla procedura informatizzata <b>Ufficio di verifica:</b> SSD Clinical Risk Management e Formazione
Obiettivo 7	Riordino e messa in pronta della sala operatoria tale da consentire un intervallo del tempo anestesiológico tra un paziente e l'altro per un tempo max di 30 minuti (almeno nell'80% dei casi)	10%	<b>Indicatore:</b> verifica tempi anestesiológicos rilevati dal registro di sala operatoria e dalla procedura informatizzata <b>Ufficio di verifica:</b> SSD Clinical Risk Management e Formazione
Obiettivo 8	Prosecuzione dell'attività finalizzata all'apertura della TIPO entro il 31/12/2016	10%	<b>Indicatore:</b> Relazione tecnica con riferimento al fabbisogno di risorse umane strumentali e tecnologiche e relativo cronoprogramma <b>Ufficio di verifica:</b> Direzione Sanitaria
<b>Obiettivi di Qualità</b>			
Obiettivo 9	Supporto alle attività di elaborazione dei PDTA di dolore, cure palliative e di fine vita entro il 31.12.2016	5%	<b>Indicatore:</b> n. PDTA proposti/ adottati con il supporto del personale della U.O. <b>Ufficio di verifica:</b> S.C. U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità
Obiettivo 10	Utilizzo della check list di sala operatoria	5%	<b>Indicatore:</b> utilizzo della check list di sala operatoria nel 100% dei casi (dati rilevati dal registro di sala operatoria) <b>Ufficio di verifica:</b> SSD Clinical Risk Management e Formazione
Obiettivo 11	Collaborazione attiva alle attività propedeutiche alla verifica del Ministero della Salute per il riconoscimento del carattere scientifico di IRCCS.	5%	<b>Indicatore:</b> Aggiornamento relazione per la conferma del carattere scientifico per quanto di competenza <b>Ufficio di verifica:</b> Direzione Scientifica
	TOT.	80%	

12 SET. 2016

Bari

Il Direttore U.O.C.

Dr. Giuseppe Carravetta

ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II  
DIRETTORE GENERALE  
Dr. Vito Antonio Delvino  
Dott. Antonio Delvino



Prot. n. 16025 del 21/09/2016

U.O. Chirurgia Generale Apparato Digerente Dott. Michele Simone		Obiettivi Anno 2016	
		Valore assegnato	Indicatore ed Ufficio Verifica
<b>Obiettivi Economici</b>			
Obiettivo 1	Incremento del valore della produzione (DRG, Prestazioni ambulatoriali Interne ed esterne) di almeno il 10% nell'anno 2016 rispetto all'anno precedente, a parità di risorse assegnate (personale, posti letto ecc..)	10%	<b>Indicatore:</b> % incremento valore 2015 / 2016 <b>Ufficio di verifica:</b> S.C. U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità
Obiettivo 2	Ottimizzazione dell'uso delle risorse assegnate attraverso l'organizzazione che consenta il rispetto delle ore di straordinario di budget assegnate.	10%	<b>Indicatore:</b> differenza ore effettive - ore budget = 0 <b>Ufficio di verifica:</b> SC AGRU
<b>Obiettivi Sanitari e Organizzativi</b>			
Obiettivo 3	Incremento di almeno il 15% del numero dei ricoveri rispetto all'anno precedente	2,5%	<b>Indicatore:</b> verifica % incremento valore <b>Ufficio di verifica:</b> S.C. U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità
Obiettivo 4	Diminuzione della degenza media di almeno il 5% rispetto all'anno precedente	2,5%	<b>Indicatore:</b> verifica % decremento valore <b>Ufficio di verifica:</b> S.C. U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità
Obiettivo 5	Collaborazione organizzativa alla risoluzione delle problematiche informatiche relative all'uso della cartella clinica, ambulatoriale ed infermieristica informatizzata, con il supporto dell'Area Gestione Tecnica	10%	<b>Indicatore:</b> Avvio a regime della cartella clinica informatizzata (% di utilizzo almeno nel 50% dei casi) <b>Ufficio di verifica:</b> S.C. AGT
Obiettivo 6	Elaborazione di proposta di modello organizzativo finalizzato alla stesura dell'atto aziendale	10%	<b>Indicatore:</b> comunicazioni acquisite con protocollo generale <b>Ufficio di verifica:</b> S.C. U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità
Obiettivo 7	Inizio del tempo chirurgico non oltre le ore 9:00, rispetto dei tempi tra interventi non superiore a 30 minuti e corretta programmazione delle sedute operatorie	10%	<b>Indicatore:</b> 70% di rispetto dell'obiettivo sul totale degli interventi rilevati dal registro di sala operatoria e dalla procedura informatizzata <b>Ufficio di verifica:</b> SSD Clinical Risk Management e Formazione
Obiettivo 8	Incremento del 5% dell'attività di chirurgia laparoscopica e mini invasiva rispetto al 2015	5%	<b>Indicatore:</b> n. interventi di chirurgia laparoscopica e mini invasiva / totale interventi della U.O. (% incremento) <b>Ufficio di verifica:</b> S.C. U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità
<b>Obiettivi di Qualità</b>			
Obiettivo 9	Stesura di almeno n.1 PDTA	10%	<b>Indicatore:</b> n. PDTA proposti/ adottati con il supporto del personale della U.O. <b>Ufficio di verifica:</b> S.C. U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità
Obiettivo 10	Almeno n.4 audit clinici e/o organizzativi	5%	<b>Indicatore:</b> verifica n. AUDIT <b>Ufficio di verifica:</b> SSD Clinical Risk Management e Formazione
Obiettivo 11	Collaborazione attiva alle attività propedeutiche alla verifica del Ministero della Salute per il riconoscimento del carattere scientifico di IRCCS.	5%	<b>Indicatore:</b> Aggiornamento relazione per la conferma del carattere scientifico per quanto di competenza <b>Ufficio di verifica:</b> Direzione Scientifica
TOT.		80%	

Bar. 12 SET. 2016

Il Direttore U.O.C.

Dr. Michele Simone

Il Direttore Generale

ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II  
IRCCS - BAR  
DIRETTORE GENERALE  
Dott. Antonio Delvino



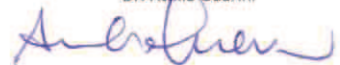
Ind. n. 16023 del 21/09/2016

U.O. Ematologia Dott. Attilio Guarini		Obiettivi Anno 2016	
		Valore assegnato	Indicatore ed Ufficio Verifica
<b>Obiettivi Economici</b>			
Obiettivo 1	Incremento del valore della produzione (DRG, Prestazioni ambulatoriali interne ed esterne) di almeno il 10% rispetto all'anno precedente, a parità di risorse assegnate (personale, posti letto ecc..)	10%	<b>Indicatore:</b> % incremento valore 2015/2016 <b>Ufficio di verifica:</b> S.C U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità
Obiettivo 2	Decremento dei costi per consumi di beni sanitari rispetto all'anno precedente, in rapporto ai volumi di produzione	5 %	<b>Indicatore:</b> Rapporto tra costi per consumi e Produzione totale (RO+ P.A.+ P.Interne); valore 2016 < 2015 <b>Ufficio di verifica:</b> S.C U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità
Obiettivo 3	Ottimizzazione dell'uso delle risorse assegnate attraverso l'organizzazione che consenta il rispetto delle ore di straordinario di budget assegnate.	5 %	<b>Indicatore:</b> differenza ore effettive - ore budget = 0 <b>Ufficio di verifica:</b> SC AGRU
<b>Obiettivi Sanitari e Organizzativi</b>			
Obiettivo 4	Rispetto del valore soglia previsto dalla Regione per i DRG ad elevato rischio di inappropriatazza. Incremento dell'appropriatazza del setting assistenziale.	10%	<b>Indicatore:</b> n. DRG a rischio inappropriatazza < 2015 (riduzione del 20%) <b>Ufficio di verifica:</b> S.C U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità
Obiettivo 5	Elaborazione di proposta di modello organizzativo finalizzato alla stesura dell'atto aziendale	10%	<b>Indicatore:</b> comunicazioni acquisite con protocollo generale <b>Ufficio di verifica:</b> S.C. U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità
Obiettivo 6	Incremento delle attività di trapianto delle cellule staminali	10%	<b>Indicatore:</b> 10 % incremento rispetto al 2015 <b>Ufficio di verifica:</b> S.C U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità
Obiettivo 7	Prosecuzione dell'attività di accettazione e prenotazione periferica delle prestazioni ambulatoriali	5 %	<b>Indicatore:</b> n. prestazioni ambulatoriali esterne accettate / totale prestazioni erogate dalla UO almeno nel 70% <b>Ufficio di verifica:</b> S.C U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità
<b>Obiettivi di Qualità</b>			
Obiettivo 8	Monitoraggio dell'erogazione dei farmaci soggetti a registrazione AIFA in regime di ricovero ordinario, Day Hospital ed ambulatoriale e compilazione delle schede AIFA contestuale alla erogazione da parte del medico prescrittore.	5 %	<b>Indicatore:</b> n. schede AIFA compilate/totale farmaci erogati sottoposti a monitoraggio (60% dei casi) <b>Ufficio di verifica:</b> SC Farmacia
Obiettivo 9	Stesura di almeno n.1 PDTA	10 %	<b>Indicatore:</b> n. PDTA proposti/ adottati con il supporto del personale della U.O. <b>Ufficio di verifica:</b> S.C. U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità
Obiettivo 10	Collaborazione attiva alle attività propedeutiche alla verifica del Ministero della Salute per il riconoscimento del carattere scientifico di IRCCS	10 %	<b>Indicatore:</b> Aggiornamento relazione per la conferma del carattere scientifico per quanto di competenza <b>Ufficio di verifica:</b> Direzione Scientifica
	TOT.	80%	

Bari, 12 SET 2016

Il Direttore U.O.C.

Dr. Attilio Guarini



Il Direttore Generale  
ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II  
I.R.C.C.S. - BARI  
DIRETTORE GENERALE  
Dott. Antonio Delvino



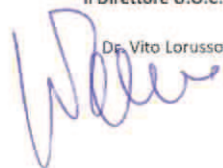
Prot. n. 16027 del 21/09/2016

U.O. Oncologia Medica Dott. Vito Lorusso		Obiettivi Anno 2016	
		Valore assegnato	Indicatore ed Ufficio Verifica
<b>Obiettivi Economici</b>			
Obiettivo 1	Incremento del valore della produzione (DRG, Prestazioni ambulatoriali interne ed esterne) di almeno il 10% rispetto all'anno precedente, a parità di risorse assegnate (personale, posti letto ecc..)	10%	<b>Indicatore:</b> % incremento valore <b>Ufficio di verifica:</b> S.C.U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità
Obiettivo 2	Decremento dei costi per consumi di beni sanitari rispetto all'anno precedente, in rapporto ai volumi di produzione	5%	<b>Indicatore:</b> Rapporto tra costi per consumi e Produzione totale (RO+ P.A.+ P. Interne); valore 2016 < 2015 <b>Ufficio di verifica:</b> S.C.U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità
<b>Obiettivi Sanitari e Organizzativi</b>			
Obiettivo 3	Riduzione del n° dei DRG ad elevato rischio di inappropriatazza rispetto al 2015	5%	<b>Indicatore:</b> n. DRG a rischio inappropriatazza < 2015 (riduzione del 20%) ; <b>Ufficio di verifica:</b> S.C.U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità
Obiettivo 4	Collaborazione organizzativa alla risoluzione delle problematiche informatiche relative all'uso della cartella clinica, ambulatoriale ed infermieristica informatizzata, con il supporto dell'Area Gestione Tecnica	5%	<b>Indicatore:</b> Avvio a regime della cartella clinica informatizzata (% di utilizzo almeno nel 50% dei casi) <b>Ufficio di verifica:</b> S.C. AGT
Obiettivo 5	Elaborazione di proposta di modello organizzativo finalizzato alla stesura dell'atto aziendale	10%	<b>Indicatore:</b> comunicazioni acquisite con protocollo generale <b>Ufficio di verifica:</b> S.C. U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità
Obiettivo 6	Monitoraggio dell'erogazione dei farmaci soggetti a registrazione AIFA in regime di ricovero ordinario, Day Hospital ed ambulatoriale e compilazione delle schede AIFA contestuale alla erogazione da parte del medico proscrittore.	5%	<b>Indicatore:</b> n. schede AIFA compilate/ totale farmaci erogati sottoposti a monitoraggio (80% dei casi) <b>Ufficio di verifica:</b> SC Farmacia
Obiettivo 7	Prosecuzione delle attività di accettazione e prenotazione periferica delle prestazioni ambulatoriali.	5%	<b>Indicatore:</b> n. prestazioni ambulatoriali esterne accettate / totale prestazioni erogate dalla UO, almeno nel 90% <b>Ufficio di verifica:</b> S.C.U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità
Obiettivo 8	Riorganizzazione dell'offerta assistenziale specialistica ambulatoriale con redazione relazione organizzativa da parte del Direttore dell'U.O entro il 31/10/2016	5%	<b>Indicatore:</b> Verifica di fattibilità <b>Ufficio di verifica:</b> S.C.U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità
Obiettivo 9	1° visita oncologica entro max 5 giorni dalla richiesta	5%	<b>Indicatore:</b> rispetto nel 95 % dei casi di 1° visita <b>Ufficio di verifica:</b> S.C.U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità
<b>Obiettivi di Qualità</b>			
Obiettivo 10	Collaborazione alla stesura di almeno n.1 PDTA	10%	<b>Indicatore:</b> n. PDTA proposti/ adottati con il supporto del personale della U.O. <b>Ufficio di verifica:</b> S.C. U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità
Obiettivo 11	Incremento della percentuale dei pazienti trattati in Team multidisciplinari al fine di giungere ad una valutazione multidisciplinare in almeno il 65% dei pazienti ricoverati	5%	<b>Indicatore:</b> n. di pz trattati in Team multidisciplinari / tot ricoveri dell'U.O. <b>Ufficio di verifica:</b> S.C. U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità
Obiettivo 12	Collaborazione attiva alle attività propedeutiche alla verifica del Ministero della Salute per il riconoscimento del carattere scientifico dell'IRCCS.	10%	<b>Indicatore:</b> Aggiornamento relazione per la conferma del carattere scientifico per quanto di competenza <b>Ufficio di verifica:</b> Direzione Scientifica
TOT		80%	

Bari, 12 / SET. 2016

Il Direttore U.O.C.

Dr. Vito Lorusso



Il Direttore Generale

ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II  
I.R.C.C.S. BARI  
DIRETTORE GENERALE  
Dott. Antonio Delvino



Prot.n. 16006

Del 21 SET. 2016

U.O. O.R.L. Dr. Gaetano Achille		Obiettivi Anno 2016	
		Valore assegnato	Indicatore ed Ufficio Verifica
<b>Obiettivi Economici</b>			
Obiettivo 1	Incremento del valore della produzione di almeno il 10% rispetto all'anno precedente, a parità di risorse assegnate (personale, posti letto ecc.)	5%	<b>Indicatore:</b> % incremento valore in rapporto alle risorse strumentali, tecnologiche, di personale e posti letto, tenuto conto dell'organizzazione degli accessi in Sala Operatoria <b>Ufficio di verifica:</b> S.C.U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità
Obiettivo 2	Decremento dei costi per consumi di beni sanitari rispetto all'anno precedente, in rapporto ai volumi di produzione	10%	<b>Indicatore:</b> Rapporto tra costi per consumi e Produzione totale (RO+ P.A.+ P.Interne); valore 2016 < 2015 <b>Ufficio di verifica:</b> S.C.U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità
Obiettivo 3	Ottimizzazione dell'uso delle risorse assegnate attraverso l'organizzazione che consenta il rispetto delle ore di straordinario di budget assegnate.	5%	<b>Indicatore:</b> differenza ore effettive - ore budget = 0 <b>Ufficio di verifica:</b> SC AGRU
<b>Obiettivi Sanitari e Organizzativi</b>			
Obiettivo 4	Rispetto del valore soglia previsto dalla Regione per i DRG ad elevato rischio di inappropriatazza e per la durata di ricovero. Appropriatazza del setting assistenziale.	10%	<b>Indicatore:</b> n. DRG a rischio inappropriatazza=0 o almeno < 2015; n. ricoveri oltre soglia per giorni di degenza=0 o almeno < 2015 <b>Ufficio di verifica:</b> S.C.U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità
Obiettivo 5	Collaborazione organizzativa alla risoluzione delle problematiche informatiche relative all'uso della cartella clinica, ambulatoriale ed infermieristica informatizzata, con il supporto dell'Area Gestione Tecnica	10%	<b>Indicatore:</b> Avvio a regime della cartella clinica informatizzata (% di utilizzo almeno nel 50% dei casi) <b>Ufficio di verifica:</b> S.C. AGT
Obiettivo 6	Elaborazione di proposta di modello organizzativo finalizzato alla stesura dell'atto aziendale	5%	<b>Indicatore:</b> comunicazioni acquisite con protocollo generale <b>Ufficio di verifica:</b> S.C. U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità
Obiettivo 7	Numero dei DRG oncologici non inferiore al 70% dei ricoveri ordinari	5%	<b>Indicatore:</b> DRG oncologici / tot DRG <b>Ufficio di verifica:</b> di verifica: UOSE Controllo di gestione e Qualità
Obiettivo 8	Tasso di occupazione dei posti letto non inferiore al 75% nel rispetto dei criteri di appropriatazza clinica ed organizzativa	5%	<b>Indicatore:</b> Tasso di occupazione <b>Ufficio di verifica:</b> Ufficio di verifica: UOSE Controllo di gestione e Qualità
Obiettivo 9	Inizio del tempo chirurgico non oltre le ore 9:00, rispetto dei tempi tra interventi non superiore a 30 minuti e corretta programmazione delle sedute operatorie	10%	<b>Indicatore:</b> 70% di rispetto dell'obiettivo sul totale degli interventi rilevati dal registro di sala operatoria e dalla procedura informatizzata <b>Ufficio di verifica:</b> SSD Clinical Risk Management e Formazione
<b>Obiettivi di Qualità</b>			
Obiettivo 10	Collaborazione alla stesura di almeno n.1 PDTA	10%	<b>Indicatore:</b> n. PDTA proposti/ adottati con il supporto del personale della U.O. <b>Ufficio di verifica:</b> S.C. U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità
Obiettivo 11	Collaborazione attiva alle attività propedeutiche alla verifica del Ministero della Salute per il riconoscimento del carattere scientifico di IRCCS	5%	<b>Indicatore:</b> Aggiornamento relazione per la conferma del carattere scientifico per quanto di competenza; <b>Ufficio di verifica:</b> Direzione Scientifica
Totale		80%	

14 SET. 2016

Bari, \_\_\_/\_\_\_/2016

Il Responsabile U.O.

Dr. Gaetano Achille



Il Direttore Generale

Dr. Vito Antonio Delvino

ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II  
I.R.C.C.S. BARI  
DIRETTORE GENERALE  
Dott. Antonio Delvino



Prot. n. 16000

del 21 SET. 2016

**U.O. Anatomia Patologica e Citodiagnostica**

Dr. Giovanni Simone

**Obiettivi Anno 2016**

		Valore assegnato	Indicatore ed Ufficio Verifica
<b>Obiettivi Economici</b>			
Obiettivo 1	Incremento del valore della produzione/ numero delle prestazioni ambulatoriali rispetto all'anno precedente, a parità di risorse assegnate (personale, posti letto ecc..).	10%	<b>Indicatore:</b> % incremento valore in rapporto alle risorse strumentali, tecnologiche, di personale e posti letto <b>Ufficio di verifica:</b> S.C.U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità
Obiettivo 2	Decremento dei costi per consumi di beni sanitari rispetto all'anno precedente, in rapporto ai volumi di produzione	10%	<b>Indicatore:</b> Rapporto tra costi per consumi e Produzione totale (P.A.+ P.Interne); valore 2016 < 2015 <b>Ufficio di verifica:</b> S.C.U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità
<b>Obiettivi Sanitari e Organizzativi</b>			
Obiettivo 3	Consolidamento software ARMONIA previa garanzia della continuità dell'assistenza tecnica	10%	<b>Indicatore:</b> 100% di utilizzo del software <b>Ufficio di verifica:</b> Direzione Sanitaria
Obiettivo 4	Elaborazione di proposta di modello organizzativo finalizzato alla stesura dell'atto aziendale	10%	<b>Indicatore:</b> comunicazioni acquisite con protocollo generale <b>Ufficio di verifica:</b> S.C. U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità
Obiettivo 5	Riduzione progressiva nel corso dell'anno dei tempi di refertazione istocitopatologica	10%	<b>Indicatore:</b> Rapporto tra tempi di refertazione nel primo e secondo semestre 2016 (tempi 2° sem 2016 < tempi 1° sem 2016) <b>Ufficio di verifica:</b> S.C.U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità
Obiettivo 6	Partecipazione ai team multidisciplinari	5%	<b>Indicatore:</b> n. partecipazioni <b>Ufficio di verifica:</b> SSD Clinical Risk Management e Formazione
Obiettivo 7	Adeguamento ai criteri quali/quantitativi per la certificazione EUSOMA della Breast Unit	5%	<b>Indicatore:</b> Relazione tecnica con relativo crono programma <b>Ufficio di verifica:</b> SSD Clinical Risk Management e Formazione
<b>Obiettivi di Qualità</b>			
Obiettivo 8	Collaborazione alla stesura di almeno n.1 PDTA	10%	<b>Indicatore:</b> n. PDTA proposti/ adottati con il supporto del personale della U.O. <b>Ufficio di verifica:</b> S.C. U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità
Obiettivo 9	Collaborazione attiva alle attività propedeutiche alla verifica del Ministero della Salute per il riconoscimento del carattere scientifico dell'IRCCS.	10%	<b>Indicatore:</b> Aggiornamento relazione per la conferma del carattere scientifico per quanto di competenza; <b>Ufficio di verifica:</b> Direzione Scientifica
	TOT.	80%	

Bari, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /2016

14 SET. 2016

ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II  
I.R.C.C.S. BARI  
DIRETTORE GENERALE  
Dott. Antonio Delvino

Il Responsabile U.O.  
Dr. Giovanni Simone

Il Direttore Generale

Dr. Vito Antonio Delvino

ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II  
I.R.C.C.S. BARI  
DIRETTORE GENERALE  
Dott. Antonio Delvino



Prot. n. 16029 del 21/09/2016

U.O. Radiologia interventistica Oncologica		Obiettivi Anno 2016	
Dr. Cosmo Damiano Gadaleta		Valore assegnato	Indicatore ed Ufficio Verifica
<b>Obiettivi Economici</b>			
Obiettivo 1	Incremento del valore della produzione (DRG, Prestazioni ambulatoriali interne ed esterne) di almeno il 5% rispetto all'anno precedente, a parità di risorse assegnate (personale, posti letto ecc..)	10%	<b>Indicatore:</b> Incremento del valore della produzione di almeno il 5% <b>Ufficio di verifica:</b> S.C.U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità
Obiettivo 2	Decremento dei costi per consumi di beni sanitari rispetto all'anno precedente, in rapporto ai volumi di produzione	5%	<b>Indicatore:</b> Rapporto tra costi per consumi e Produzione totale (RO+ P.A.+ P.Interne); valore 2016 < 2015 <b>Ufficio di verifica:</b> S.C.U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità
Obiettivo 3	Rispetto delle procedure individuate dalla SC Farmacia finalizzate alla ottimizzazione della gestione delle rimanenze di reparto	5%	<b>Indicatore:</b> report semestrale rimanenze di reparto e n. moduli scaduti inversamente proporzionale al raggiungimento <b>Ufficio di verifica:</b> SC Farmacia
Obiettivo 4	Ottimizzazione dell'uso delle risorse assegnate attraverso l'organizzazione che consenta il rispetto delle ore di straordinario di budget assegnate.	5%	<b>Indicatore:</b> differenza ore effettive - ore budget = 0 <b>Ufficio di verifica:</b> SC AGRU
<b>Obiettivi Sanitari e Organizzativi</b>			
Obiettivo 5	Contenimento del valore dei DRG ad elevato rischio di inapproprietezza rispetto al 2015.	5%	<b>Indicatore:</b> n. DRG a rischio inapproprietezza < 2015 (riduzione del 20%) ; <b>Ufficio di verifica:</b> S.C.U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità
Obiettivo 6	Elaborazione di proposta di modello organizzativo finalizzato alla stesura dell'atto aziendale	10%	<b>Indicatore:</b> comunicazioni acquisite con protocollo generale <b>Ufficio di verifica:</b> S.C.U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità
Obiettivo 7	Utilizzo corrente della cartella clinica, ambulatoriale ed infermieristica informatizzata.	5%	<b>Indicatore:</b> 50% di cartelle compilate / totale degli accessi in regime di ricovero e ambulatoriale (Rapporto tra dati contenuti nei registri di sala operatoria e dati registrati nella procedura informatica) <b>Ufficio di verifica:</b> SSD Clinical Risk Management e Formazione
Obiettivo 8	Incremento del 3% delle procedure di prelievo bioptico in regime ambulatoriale	5%	<b>Indicatore:</b> % incremento rispetto all'anno precedente <b>Ufficio di verifica:</b> S.C.U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità
Obiettivo 9	Prosecuzione delle attività di accettazione e prenotazione periferica delle prestazioni ambulatoriali.	5%	<b>Indicatore:</b> n. prestazioni ambulatoriali esterne accettate / totale prestazioni erogate dalla UO, almeno nel 90% dei casi <b>Ufficio di verifica:</b> S.C.U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità
Obiettivo 10	Inizio del tempo chirurgico non oltre le ore 9:00, rispetto dei tempi tra interventi non superiore a 30 minuti e corretta programmazione delle sedute operatorie	5%	<b>Indicatore:</b> 70% di rispetto dell'obiettivo sul totale degli interventi rilevati dal registro di sala operatoria e dalla procedura informatizzata <b>Ufficio di verifica:</b> SSD Clinical Risk Management e Formazione
<b>Obiettivi di Qualità</b>			
Obiettivo 11	Collaborazione alla stesura di almeno n.1 PDTA	10%	<b>Indicatore:</b> n. PDTA proposti/ adottati con il supporto del personale della U.O. <b>Ufficio di verifica:</b> S.C.U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità
Obiettivo 12	Almeno 4 audit clinici e/o organizzativi	5%	<b>Indicatore:</b> n. 4 AUDIT <b>Ufficio di verifica:</b> SSD Clinical Risk Management e Formazione
Obiettivo 13	Collaborazione attiva alle attività propedeutiche alla verifica del Ministero della Salute per il riconoscimento del carattere scientifico di IRCCS.	5%	<b>Indicatore:</b> Aggiornamento relazione per la conferma del carattere scientifico per quanto di competenza; <b>Ufficio di verifica:</b> Direzione Scientifica
TOT.		80%	

Bari, 12 SET 2016

  
Il Direttore U.O.C.  
Dr. Cosmo Damiano Gadaleta



Il Direttore Generale  
ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II  
IRCCS BARI  
DIRETTORE GENERALE  
Dott. Antonio Delvino

Prot. n. 16005

Del 21 SET. 2016

U.O. Chirurgia Generale Indirizzo Senologico Dr. Sergio Diotaiuti		Obiettivi Anno 2016	
		Valore assegnato	Indicatore ed Ufficio Verifica
<b>Obiettivi Economici</b>			
Obiettivo 1	Mantenimento del valore della produzione rispetto all'anno precedente, a parità di risorse assegnate (personale, posti letto ecc..).	5%	<b>Indicatore:</b> mantenimento nel 2016 del valore della produzione dell'anno 2015 <b>Ufficio di verifica:</b> S.C. U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità
Obiettivo 2	Decremento dei costi per consumi di beni sanitari rispetto all'anno precedente, in rapporto ai volumi di produzione	5%	<b>Indicatore:</b> Rapporto tra costi per consumi e Produzione totale (RO+ P.A.+ P.Interne); valore 2016 < 2015 <b>Ufficio di verifica:</b> S.C. U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità
<b>Obiettivi Sanitari e Organizzativi</b>			
Obiettivo 3	Rispetto del valore soglia previsto dalla Regione per i DRG ad elevato rischio di inapproprietezza. Incremento dell'appropriatezza del setting assistenziale, previa attivazione di un ambulatorio chirurgico e day service.	5%	<b>Indicatore:</b> n. DRG a rischio inapproprietezza < 2015 (riduzione inapproprietezza del 20%) <b>Ufficio di verifica:</b> S.C. U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità
Obiettivo 4	Collaborazione organizzativa alla risoluzione delle problematiche informatiche relative all'uso della cartella ambulatoriale ed infermieristica informatizzata, con il supporto dell'Area Gestione Tecnica	5%	<b>Indicatore:</b> Avvio a regime della cartella informatizzata (% di utilizzo almeno nel 50% dei casi) <b>Ufficio di verifica:</b> S.C. AGT
Obiettivo 5	Gestione delle liste di attesa dei Ricoveri 1) Rispetto dei criteri delle classi di priorità. 2) Aggiornamento almeno mensile dei pazienti contenuti nella lista di attesa dei ricoveri al fine di evitare la presenza in lista di pazienti già ricoverati, dispersi perché si sono rivolti ad altre strutture o ricoverati senza il rispetto dei tempi di attesa e/o classe di priorità.	5%	<b>Indicatore:</b> valore % di rispetto classi di priorità nell'anno 2016 > del valore % di rispetto classi di priorità nell'anno 2015 <b>Ufficio di verifica:</b> S.C. U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità
Obiettivo 6	Incremento progressivo dell'attività della IORT	10%	<b>Indicatore:</b> 15% incremento casi trattati con IORT <b>Ufficio di verifica:</b> Direzione Sanitaria
Obiettivo 7	Elaborazione di proposta di modello organizzativo finalizzato alla stesura dell'atto aziendale	10%	<b>Indicatore:</b> comunicazioni acquisite con protocollo generale <b>Ufficio di verifica:</b> S.C. U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità
Obiettivo 8	Prosecuzione delle attività di accettazione e prenotazione periferica delle prestazioni ambulatoriali.	5%	<b>Indicatore:</b> n. prestazioni ambulatoriali esterne accettate / totale prestazioni erogate dalla UO, almeno nel 90% dei casi <b>Ufficio di verifica:</b> S.C. U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità
Obiettivo 9	Inizio del tempo chirurgico non oltre le ore 9:00 e corretta programmazione delle sedute operatorie	10%	<b>Indicatore:</b> 70% di rispetto dell'obiettivo sul totale degli interventi rilevati dal registro di sala operatoria e dalla procedura informatizzata <b>Ufficio di verifica:</b> SSD Clinical Risk Management e Formazione
Obiettivo 10	Monitoraggio della percentuale dei pazienti trattati in teams multidisciplinari al fine di giungere ad una valutazione multidisciplinare in almeno il 50% dei casi	5%	<b>Indicatore:</b> n. di pz trattati in Team multidisciplinari / tot ricoveri dell'U.O. <b>Ufficio di verifica:</b> S.C. U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità
<b>Obiettivi di Qualità</b>			
Obiettivo 11	Almeno n. 4 audit clinici e/o organizzativi	5%	<b>Indicatore:</b> n. 4 AUDIT / anno <b>Ufficio di verifica:</b> SSD Clinical Risk Management e Formazione
Obiettivo 12	Collaborazione alla stesura di almeno 1 PDTA	5%	<b>Indicatore:</b> n. PDTA proposti/ adottati con il supporto del personale della U.O. <b>Ufficio di verifica:</b> S.C. U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità
Obiettivo 13	Collaborazione attiva alle attività propedeutiche alla verifica del Ministero della Salute per il riconoscimento del carattere scientifico di IRCCS.	5%	<b>Indicatore:</b> Aggiornamento relazione per la conferma del carattere scientifico per quanto di competenza; <b>Ufficio di verifica:</b> Direzione Scientifica
TOT.		80%	

Bari, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2016

14 SET. 2016

Il Responsabile U.O.

Dr. Sergio Diotaiuti



Il Direttore Generale

Dr. Vito Antonio Delunio

IL DIRETTORE GENERALE

8



Prot. n. 15934 del 21 SET. 2016

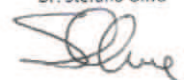
U.O. Cardiologia Dr. Stefano Oliva		Obiettivi Anno 2016	
		Valore assegnato	Indicatore ed Ufficio Verifica
<b>Obiettivi Economici</b>			
Obiettivo 1	Incremento del valore delle prestazioni ambulatoriali esterne di almeno il 10% rispetto all'anno precedente, a parità di risorse assegnate (personale, posti letto ecc..)	10%	<b>Indicatore:</b> Incremento del valore della produzione <b>Ufficio di verifica:</b> S.C. U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità
Obiettivo 2	Decremento dei costi per consumi di beni sanitari rispetto all'anno precedente, in rapporto ai volumi di produzione	5%	<b>Indicatore:</b> Rapporto tra costi per consumi e Produzione totale (P.A.+ P.Interne); valore 2016 < 2015 <b>Ufficio di verifica:</b> S.C. U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità
Obiettivo 3	Ottimizzazione dell'uso delle risorse assegnate attraverso l'organizzazione che consenta il rispetto delle ore di budget assegnate.	5%	<b>Indicatore:</b> differenza ore effettive - ore budget = 0 <b>Ufficio di verifica:</b> SC AGRU
<b>Obiettivi Sanitari e Organizzativi</b>			
Obiettivo 4	Collaborazione organizzativa alla risoluzione delle problematiche informatiche relative all'uso della cartella ambulatoriale ed infermieristica informatizzata, con il supporto dell'Area Gestione Tecnica	5%	<b>Indicatore:</b> Avvio a regime della cartella informatizzata (% di utilizzo almeno nel 50% dei casi) <b>Ufficio di verifica:</b> S.C. AGT
Obiettivo 5	Elaborazione di proposta di modello organizzativo finalizzato alla stesura dell'atto aziendale	10%	<b>Indicatore:</b> comunicazioni acquisite con protocollo generale <b>Ufficio di verifica:</b> S.C. U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità
Obiettivo 6	Organizzazione dell'attività di pronta disponibilità in iso risorse.	5%	<b>Indicatore:</b> turni in pronta disponibilità in iso risorse <b>Ufficio di verifica:</b> Direzione Sanitaria
Obiettivo 7	Adeguamento alle linee guida nazionali delle liste di attesa dei pazienti oncologici nel 70% della casistica	5%	<b>Indicatore:</b> Adeguamento almeno nel 70% casi <b>Ufficio di verifica:</b> S.C. U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità
Obiettivo 8	Prosecuzione delle attività di accettazione e prenotazione periferica delle prestazioni ambulatoriali.	5%	<b>Indicatore:</b> n. prestazioni ambulatoriali esterne accettate / totale prestazioni erogate dalla UO, almeno nel 90% dei casi <b>Ufficio di verifica:</b> S.C. U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità
Obiettivo 9	Esecuzione e refertazione delle prestazioni per i pazienti ricoverati entro 24 ore se richieste entro le 14.00 e non oltre le 48 ore se richieste dopo le 14.00.	5%	<b>Indicatore:</b> n. referti eseguiti secondo la tempistica dell'obiettivo rispetto a quelli inviati, almeno 70% di rispetto dell'obiettivo sul totale; <b>Ufficio di verifica:</b> SSD Clinical Risk Management e Formazione
Obiettivo 10	Prestazioni per pazienti oncologici ambulatoriali presi in carico dall'Istituto non oltre 24 / 72 ore per i pazienti urgenti e non oltre 30 giorni per i pazienti programmati, secondo le indicazioni dello specialista prescrittore.	10%	<b>Indicatore:</b> almeno 70% di rispetto dell'obiettivo sul totale Tabulati prenotazioni prestazioni ambulatoriali; <b>Ufficio di verifica:</b> SSD Clinical Risk Management e Formazione
<b>Obiettivi di Qualità</b>			
Obiettivo 11	Organizzazione dell'apertura pomeridiana dell'ambulatorio ai pazienti esterni almeno una volta a settimana, previo ottenimento nulla osta dalla Direzione Sanitaria	5%	<b>Indicatore:</b> verifica apertura pomeridiana del servizio <b>Ufficio di verifica:</b> Direzione Sanitaria
Obiettivo 12	Collaborazione alla stesura di almeno 1 PDTA	5%	<b>Indicatore:</b> n. PDTA proposti/ adottati con il supporto del personale della U.O. <b>Ufficio di verifica:</b> S.C. U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità
Obiettivo 13	Collaborazione attiva alle attività propedeutiche alla verifica del Ministero della Salute per il riconoscimento del carattere scientifico di IRCCS.	5%	<b>Indicatore:</b> Aggiornamento relazione per la conferma del carattere scientifico per quanto di competenza; <b>Ufficio di verifica:</b> Direzione Scientifica
TOT.		80%	

Bari, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2016

14 SET. 2016

Il Responsabile U.O.

Dr. Stefano Oliva



Il Direttore Generale

Dr. Vito Antonio Delvino

ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II  
I.R.C.C.S. BARI  
DIRETTORE GENERALE  
Dott. Antonio Delvino



Prot. n. 160/17 del 21/09/2016

**U.O. Chirurgia Plastica e ricostruttiva**  
Dr. Cosmo Ressa

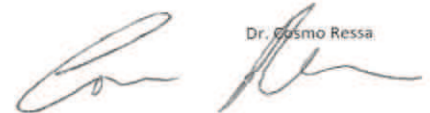
**Obiettivi Anno 2016**

		Valore assegnato	Indicatore ed Ufficio Verifica
<b>Obiettivi Economici</b>			
Obiettivo 1	Incremento del valore della produzione (DRG, Prestazioni ambulatoriali interne ed esterne) di almeno il 5% rispetto all'anno precedente	10%	<b>Indicatore:</b> 5% incremento valore in rapporto alle risorse strumentali, tecnologiche, di personale e posti letto, tenuto conto dell'organizzazione degli accessi in Sala Operatoria <b>Ufficio di verifica:</b> S.C.U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità
Obiettivo 2	Decremento dei costi per consumi di beni sanitari rispetto all'anno precedente, in rapporto ai volumi di produzione	5%	<b>Indicatore:</b> Rapporto tra costi per consumi e Produzione totale (RD+ P.A.+ P.Interne); valore 2016 < 2015 <b>Ufficio di verifica:</b> S.C.U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità
<b>Obiettivi Sanitari e Organizzativi</b>			
Obiettivo 3	Collaborazione organizzativa alla risoluzione delle problematiche informatiche relative all'uso della cartella clinica, ambulatoriale ed infermieristica informatizzata, con il supporto dell'Area Gestione Tecnica	5%	<b>Indicatore:</b> Avvio a regime della cartella clinica informatizzata (% di utilizzo almeno nel 50% dei casi) <b>Ufficio di verifica:</b> S.C. AGT
Obiettivo 4	Elaborazione di proposta di modello organizzativo finalizzato alla stesura dell'atto aziendale	10%	<b>Indicatore:</b> comunicazioni acquisite con protocollo generale <b>Ufficio di verifica:</b> S.C. U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità
Obiettivo 5	Adeguamento alle linee guida nazionali delle liste di attesa dei pazienti oncologici nel 70% della casistica	5%	<b>Indicatore:</b> 70% di rispetto delle classi di priorità sul totale della casistica <b>Ufficio di verifica:</b> S.C. U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità
Obiettivo 6	Prosecuzione delle attività di accettazione e prenotazione periferica delle prestazioni ambulatoriali.	5%	<b>Indicatore:</b> n. prestazioni ambulatoriali esterne accettate / totale prestazioni erogate dalla UO, almeno nel 90% dei casi <b>Ufficio di verifica:</b> S.C.U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità
Obiettivo 7	Inizio del tempo chirurgico non oltre le ore 9:00, rispetto dei tempi tra interventi non superiore a 30 minuti e corretta programmazione delle sedute operatorie	5%	<b>Indicatore:</b> almeno 70% di rispetto dell'obiettivo sul totale degli interventi rilevati dal registro di sala operatoria e dalla procedura informatizzata <b>Ufficio di verifica:</b> SSD Clinical Risk Management e Formazione
Obiettivo 8	Utilizzo della posta pneumatica	5%	<b>Indicatore:</b> 100% registrazioni sul sistema <b>Ufficio di verifica:</b> S.C. AGT
<b>Obiettivi di Qualità</b>			
Obiettivo 9	Collaborazione alla stesura di almeno 1 PDTA	10%	<b>Indicatore:</b> n. PDTA proposti/ adottati con il supporto del personale della U.O. <b>Ufficio di verifica:</b> S.C. U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità
Obiettivo 10	Almeno n.4 audit clinici e/o organizzativi	10%	<b>Indicatore:</b> n. 4 AUDIT/anno <b>Ufficio di verifica:</b> SSD Clinical Risk Management e Formazione
Obiettivo 11	Collaborazione attiva alle attività propedeutiche alla verifica del Ministero della Salute per il riconoscimento del carattere scientifico di IRCCS	10%	<b>Indicatore:</b> Aggiornamento relazione per la conferma del carattere scientifico per quanto di competenza; <b>Ufficio di verifica:</b> Direzione Scientifica
TOT.		80%	

Bari 12 SET. 2016

Il Responsabile U.O.

Dr. Cosmo Ressa




Il Direttore Generale  
ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II  
Dr. Vito Antonio Devino  
I.R.C.C.S. BARI  
DIRETTORE GENERALE  
Dott. Antonio Devino

10

Prot. 119288

Del - 4 NOV. 2016

U.O. Radiologia Diagnostica Dr. Cosmo Damiano Gadaleta		Obiettivi Anno 2016	
		Valore assegnato	Indicatore ed Ufficio Verifica
<b>Obiettivi Economici</b>			
Obiettivo 1	Incremento del valore della produzione (Prestazioni ambulatoriali interne ed esterne) di almeno il 5% rispetto all'anno precedente, a parità di risorse assegnate (personale, dotazione strumentale) e giorni di fermo macchina	10%	<b>Indicatore:</b> incremento del valore della produzione di almeno il 5% <b>Ufficio di verifica:</b> S.C. U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità
Obiettivo 2	Decremento dei costi per consumi di beni sanitari rispetto all'anno precedente, in rapporto ai volumi di produzione con particolare riferimento alle pellicole radiografiche.	5%	<b>Indicatore:</b> Rapporto tra costi per consumi e Produzione totale (RO+ P.A.+ P.Interne); valore 2016 < 2015 <b>Ufficio di verifica:</b> S.C. U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità
Obiettivo 3	Ottimizzazione dell'uso delle risorse assegnate attraverso l'organizzazione che consenta il rispetto delle ore di straordinario di budget assegnate.	5%	<b>Indicatore:</b> differenza ore effettive - ore budget = 0 <b>Ufficio di verifica:</b> SC AGRU
<b>Obiettivi Sanitari e Organizzativi</b>			
Obiettivo 4	Attivazione della accettazione e prenotazione periferica delle prestazioni ambulatoriali.	10%	<b>Indicatore:</b> n. prestazioni ambulatoriali esterne accettate / totale prestazioni erogate dalla UO, almeno nel 90% dei casi <b>Ufficio di verifica:</b> S.C. U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità
Obiettivo 5	Esecuzione e refertazione delle prestazioni per i pazienti ricoverati non oltre 72 ore della richiesta, previo aggiornamento del sistema RIS - PACS	10%	<b>Indicatore:</b> n. referti eseguiti secondo la tempistica dell'obiettivo rispetto a quelli inviati; <b>Ufficio di verifica:</b> Direzione Sanitaria
Obiettivo 6	Rispetto dei seguenti tempi di refertazione per prestazioni ambulatoriali per i pazienti con patologia oncologica accertata o sospetta: Ecografia immediata, altre indagini radiologiche (Radiologia tradizionale, TAC, RMN) entro otto giorni lavorativi.	10%	<b>Indicatore:</b> n. di esami e referti eseguiti secondo la tempistica dell'obiettivo rispetto a quelli richiesti; <b>Ufficio di verifica:</b> Direzione Sanitaria
Obiettivo 7	Elaborazione di proposta di modello organizzativo finalizzato alla stesura dell'atto aziendale	10%	<b>Indicatore:</b> comunicazioni acquisite con protocollo generale <b>Ufficio di verifica:</b> S.C. U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità
<b>Obiettivi di Qualità</b>			
Obiettivo 8	Almeno 4 audit clinici e/o organizzativi	10%	<b>Indicatore:</b> N. 4 Audit; <b>Ufficio di verifica:</b> SSD Clinical Risk Management e Formazione
Obiettivo 9	Collaborazione alla stesura di almeno 1 PDTA	10%	<b>Indicatore:</b> n. PDTA proposti/ adottati con il supporto del personale della U.O. <b>Ufficio di verifica:</b> S.C. U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità
TOT.		80%	

Bari, 4 NOV. 2016 /2016

Il Responsabile U.O.

Dr. Cosmo Damiano Gadaleta

Il Direttore Generale

Dr. Vito Antonio Delvino



11

Prot. n. 15992

Del 21 SET. 2016

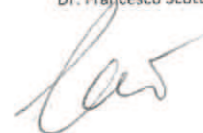
U. O. Gastroenterologia - Endoscopia Digestiva Dr. Francesco Scotto		Obiettivi Anno 2016	
		Valore assegnato	Indicatore ed Ufficio Verifica
<b>Obiettivi Economici</b>			
Obiettivo 1	Incremento del 10% del valore della produzione (prestazioni ambulatoriali esterne) rispetto all'anno precedente, a parità di risorse assegnate (personale, posti letto ecc)	10%	<b>Indicatore:</b> Prestazioni esterne 2015-2016; <b>Ufficio di verifica:</b> S.C. U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità
Obiettivo 2	Decremento dei costi per consumi di beni sanitari rispetto all'anno precedente, in rapporto ai volumi di produzione	10%	<b>Indicatore:</b> Rapporto tra costi per consumi e Produzione totale (P.A.+P.Interne); valore 2016 < 2015 <b>Ufficio di verifica:</b> S.C. U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità
<b>Obiettivi Sanitari e Organizzativi</b>			
Obiettivo 3	Collaborazione organizzativa alla risoluzione delle problematiche informatiche relative all'uso della cartella ambulatoriale ed infermieristica informatizzata, con il supporto dell'Area Gestione Tecnica	5%	<b>Indicatore:</b> Avvio a regime della cartella clinica informatizzata (% di utilizzo almeno nel 50% dei casi) <b>Ufficio di verifica:</b> S.C. AGT
Obiettivo 4	Elaborazione di proposta di modello organizzativo finalizzato alla stesura dell'atto aziendale	5%	<b>Indicatore:</b> comunicazioni acquisite con protocollo generale <b>Ufficio di verifica:</b> S.C. U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità
Obiettivo 5	Adeguamento alle linee guida nazionali delle liste di attesa dei pazienti oncologici nel 70% della casistica	5%	<b>Indicatore:</b> Adeguamento nel 70% casi <b>Ufficio di verifica:</b> S.C. U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità
Obiettivo 6	Prosecuzione delle attività di accettazione e prenotazione periferica delle prestazioni ambulatoriali	5%	<b>Indicatore:</b> n. prestazioni ambulatoriali esterne accettate / totale prestazioni erogate dalla UO, almeno nel 90% dei casi <b>Ufficio di verifica:</b> S.C. U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità
Obiettivo 7	Esecuzione e refertazione delle prestazioni per i pazienti ricoverati entro 24 ore se richieste entro le 14.00 e non oltre le 48 ore se richieste dopo le 14.00.	10%	<b>Indicatore:</b> n. referti eseguiti secondo la tempistica dell'obiettivo rispetto a quelli inviati, almeno 70% di rispetto dell'obiettivo sul totale; <b>Ufficio di verifica:</b> SSD Clinical Risk Management e Formazione
Obiettivo 8	Prestazioni per pazienti oncologici ambulatoriali presi in carico dall'Istituto: non oltre 24 / 72 ore per i pazienti urgenti e non oltre 30 giorni per i pazienti programmati, secondo le indicazioni dello specialista prescrittore.	10%	<b>Indicatore:</b> almeno 70% di rispetto dell'obiettivo sul totale Tabulati prenotazioni prestazioni ambulatoriali; <b>Ufficio di verifica:</b> SSD Clinical Risk Management e Formazione
Obiettivo 9	Partecipazione ai team multidisciplinari	5%	<b>Indicatore:</b> n. partecipazioni <b>Ufficio di verifica:</b> SSD Clinical Risk Management e Formazione
<b>Obiettivi di Qualità</b>			
Obiettivo 10	Collaborazione alla stesura di almeno 1 PDTA	10%	<b>Indicatore:</b> n. PDTA proposti/ adottati con il supporto del personale della U.O. <b>Ufficio di verifica:</b> S.C. U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità
Obiettivo 11	Collaborazione attiva alle attività propedeutiche alla verifica del Ministero della Salute per il riconoscimento del carattere scientifico di IRCCS.	5%	<b>Indicatore:</b> Aggiornamento relazione per la conferma del carattere scientifico per quanto di competenza; <b>Ufficio di verifica:</b> Direzione Scientifica
TOT.		80%	

Bari, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2016

14 SET. 2016

Il Responsabile U.O.

Dr. Francesco Scotto



Il Direttore Generale

Dr. Vito Antonio Delvino

ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II  
I.R.C.C.S. BARI  
DIRETTORE GENERALE  
Dott. Antonio Delvino



Pres. n. 19293

Del - 4 NOV. 2016

U.O. Ginecologia Oncologica		Obiettivi Anno 2016	
		Valore assegnato	Indicatore ed Ufficio Verifica
<b>Obiettivi Economici</b>			
Obiettivo 1	*Incremento del valore della produzione di almeno il % 5 rispetto all'anno precedente, a parità di risorse assegnate (personale, posti letto ecc.) e beni strumentali.	10%	<b>Indicatore:</b> % incremento valore RO+DH+Prestazioni esterne e interne 2015-2016; <b>Ufficio di verifica:</b> S.C. U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità
Obiettivo 2	Decremento dei costi per consumi di beni sanitari rispetto all'anno precedente, in rapporto ai volumi di produzione	5%	<b>Indicatore:</b> Rapporto tra costi per consumi e Produzione totale (RO+ P.A.+ P.Interne); valore 2016 < 2015 <b>Ufficio di verifica:</b> S.C. U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità
Obiettivo 3	Ottimizzazione dell'uso delle risorse assegnate attraverso l'organizzazione che consenta il rispetto delle ore di straordinario assegnate	5%	<b>Indicatore:</b> differenza ore effettive- ore budget =0; <b>Ufficio di verifica:</b> SC AGRU
Obiettivo 4	Non superamento del valore soglia previsto dalla Regione per i DRG ad elevato rischio di inappropriatazza e per la durata di ricovero. Appropriatazza del setting assistenziale.	5%	<b>Indicatore:</b> % inappropriatazza < 2015 (riduzione del 20%) <b>Ufficio di verifica:</b> S.C. U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità
<b>Obiettivi Sanitari e Organizzativi</b>			
Obiettivo 5	Collaborazione organizzativa alla risoluzione delle problematiche informatiche relative all'uso della cartella clinica, ambulatoriale ed infermieristica informatizzata, con il supporto dell'Area Gestione Tecnica	5%	<b>Indicatore:</b> Avvio a regime della cartella clinica informatizzata (% di utilizzo almeno nel 50% dei casi) <b>Ufficio di verifica:</b> S.C. AGT
Obiettivo 6	Elaborazione di proposta di modello organizzativo finalizzato alla stesura dell'atto aziendale	10%	<b>Indicatore:</b> comunicazioni acquisite con protocollo generale <b>Ufficio di verifica:</b> S.C. U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità
Obiettivo 7	Gestione delle liste di attesa dei Ricoveri: 1) Rispetto dei criteri delle classi di priorità; 2) Aggiornamento dei pazienti contenuti nella lista di attesa dei ricoveri al fine di evitare la presenza in lista di pazienti già ricoverati, dispersi perché si sono rivolti ad altre strutture o ricoverati senza il rispetto dei tempi di attesa e/o classe di priorità.	10%	<b>Indicatore:</b> Controllo liste di attesa (70% rispetto); <b>Ufficio di verifica:</b> S.C. U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità
Obiettivo 8	Prosecuzione delle attività di accettazione e prenotazione periferica delle prestazioni ambulatoriali.	5%	<b>Indicatore:</b> n. prestazioni ambulatoriali esterne accettate / totale prestazioni erogate dalla UO, almeno nel 90% dei casi <b>Ufficio di verifica:</b> S.C. U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità
Obiettivo 9	Inizio del tempo chirurgico non oltre le ore 9:00, rispetto dei tempi tra interventi non superiore a 30 minuti e corretta programmazione delle sedute operatorie	10%	<b>Indicatore:</b> 70% di rispetto dell'obiettivo sul totale degli interventi rilevati dal registro di sala operatoria e dalla procedura informatizzata <b>Ufficio di verifica:</b> SSD Clinical Risk Management e Formazione
<b>Obiettivi di Qualità</b>			
Obiettivo 10	Collaborazione alla stesura dei PDTA	5%	<b>Indicatore:</b> n. PDTA proposti/ adottati con il supporto del personale della U.O. <b>Ufficio di verifica:</b> S.C. U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità
Obiettivo 11	Collaborazione attiva alle attività propedeutiche alla verifica del Ministero della Salute per il riconoscimento del carattere scientifico di IRCCS	5%	<b>Indicatore:</b> Aggiornamento relazione per la conferma del carattere scientifico per quanto di competenza; <b>Ufficio di verifica:</b> Direzione Scientifica
Obiettivo 12	Almeno 4 audit clinici e/o organizzativi.	5%	<b>Indicatore:</b> n. 4 Audit clinici; <b>Ufficio di verifica:</b> SSD Clinical Risk Management e Formazione
TOT.		80%	

\*PER LA VALUTAZIONE DELL'OBBIETTIVO SI DOVRA' TENER CONTO DELL'ASSENZA DALL'1.03.2015 DI UN DIRIGENTE MEDICO DI II LIV. E DELL'ASSENZA DAL 1.01.2016 DI UN DIRIGENTE MEDICO DI I LIV.

Barr 4 NOV. 2016

Il Responsabile U.O.

Dr. Giulio Gargano

Il Direttore Generale

Dr. Vito Antonio Delino



13

Prot. n. 15895

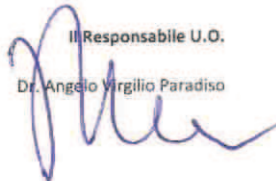
Del 21 SET. 2016

U.O. Oncologia Medica ad indirizzo Sperimentale e gestione Biobanca Dr. Angelo Virgilio Paradiso		Obiettivi Anno 2016	
		Valore assegnato	Indicatore ed Ufficio Verifica
<b>Obiettivi Economici</b>			
Obiettivo 1	Incremento del valore della produzione (prestazioni ambulatoriali esterne) del 5% rispetto all'anno precedente, a parità di risorse assegnate	10%	<b>Indicatore:</b> % incremento valore produzione <b>Ufficio di verifica:</b> S.C. U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità
Obiettivo 2	Decremento dei costi per consumi di beni sanitari rispetto all'anno precedente, in rapporto ai volumi di produzione e tenuto conto dell'implementazione di procedure innovative (biobanca)	5%	<b>Indicatore:</b> Rapporto tra costi per consumi e Produzione totale (P.A.+ P.Interne); valore 2016 < 2015 <b>Ufficio di verifica:</b> S.C. U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità
<b>Obiettivi Sanitari e Organizzativi</b>			
Obiettivo 3	Coordinamento delle attività organizzative e manageriali della BIOBANCA	10%	<b>Indicatore:</b> Attivazione delle procedure di certificazione <b>Ufficio di verifica:</b> Direzione Sanitaria
Obiettivo 4	Elaborazione di proposta di modello organizzativo finalizzato alla stesura dell'atto aziendale	10%	<b>Indicatore:</b> comunicazioni acquisite con protocollo generale <b>Ufficio di verifica:</b> S.C. U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità
Obiettivo 5	Avvio a regime della cartella ambulatoriale informatizzata, con il supporto dell'AGT	5%	<b>Indicatore:</b> Avvio a regime della cartella clinica informatizzata (% di utilizzo almeno nel 50% dei casi) <b>Ufficio di verifica:</b> S.C. AGT
Obiettivo 6	Prosecuzione delle attività di accettazione e prenotazione periferica delle prestazioni ambulatoriali.	5%	<b>Indicatore:</b> n. prestazioni ambulatoriali esterne accettate / totale prestazioni erogate dalla UO, almeno nel 90% dei casi <b>Ufficio di verifica:</b> S.C. U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità
Obiettivo 7	Aggiornamento procedure previste dall'accreditamento OECI per il mantenimento ed il miglioramento della certificazione	10%	<b>Indicatore:</b> n. richieste evase positivamente/ n. richieste pervenute; <b>Ufficio di verifica:</b> Servizio Prevenzione e Protezione
<b>Obiettivi di Qualità</b>			
Obiettivo 8	Collaborazione attiva alle attività propedeutiche alla verifica del Ministero della Salute per il riconoscimento del carattere scientifico di IRCCS.	10%	<b>Indicatore:</b> Aggiornamento relazione per la conferma del carattere scientifico per quanto di competenza; <b>Ufficio di verifica:</b> Direzione Scientifica
Obiettivo 9	Collaborazione alla stesura dei PDTA	10%	<b>Indicatore:</b> n. PDTA proposti/ adottati con il supporto del personale della U.O. <b>Ufficio di verifica:</b> S.C. U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità
Obiettivo 10	Partecipazione ai team multidisciplinari	5%	<b>Indicatore:</b> n. partecipazioni <b>Ufficio di verifica:</b> SSD Clinical Risk Management e Formazione
TOT		80%	

Bari, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2016

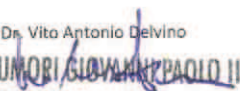
14 SET. 2016

Il Responsabile U.O.  
Dr. Angelo Virgilio Paradiso



Il Direttore Generale

Dr. Vito Antonio Delvino  
ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II  
I.R.C.C.S. BARI  
DIRETTORE GENERALE  
Dott. Antonio Delvino




14

Prot. n. 15997

del 21 SET. 2016

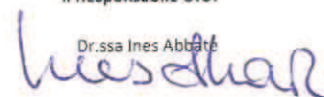
U.O. Patologia Clinica Dr.ssa Ines Abbate		Obiettivi Anno 2016	
		Valore assegnato	Indicatore ed Ufficio Verifica
<b>Obiettivi Economici</b>			
Obiettivo 1	Stabilizzazione del valore della produzione (P.A. + P. Interne) rispetto all'anno precedente, a parità di risorse assegnate (personale..)	10%	<b>Indicatore:</b> Stabilizzazione valore produzione (valore 2016 = 2015) <b>Ufficio di verifica:</b> S.C. U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità
Obiettivo 2	Stabilizzazione dei costi per consumi di beni sanitari rispetto all'anno precedente, in rapporto ai volumi di produzione	5%	<b>Indicatore:</b> Rapporto tra costi per consumi e Produzione totale (P.A.+P.Interne); (valore 2016 = 2015) <b>Ufficio di verifica:</b> S.C. U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità
<b>Obiettivi Sanitari e Organizzativi</b>			
Obiettivo 3	Collaborazione organizzativa alla risoluzione delle problematiche informatiche relative all'uso della cartella ambulatoriale ed infermieristica informatizzata, con il supporto dell'Area Gestione Tecnica	5%	<b>Indicatore:</b> Avvio a regime della cartella clinica informatizzata (% di utilizzo almeno nel 50% dei casi) <b>Ufficio di verifica:</b> S.C. AGT
Obiettivo 4	Elaborazione di proposta di modello organizzativo finalizzato alla stesura dell'atto aziendale	10%	<b>Indicatore:</b> comunicazioni acquisite con protocollo generale <b>Ufficio di verifica:</b> S.C. U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità
Obiettivo 5	Refertazione e consegna degli esami urgenti/propedeutici a pazienti da sottoporre a chemioterapia entro le ore 9:30 ed entro le ore 12:00 per i pazienti ricoverati.	10%	<b>Indicatore:</b> n. referti eseguiti secondo la tempistica dell'obiettivo rispetto a quelli inviati, almeno 70% di rispetto dell'obiettivo sul totale; <b>Ufficio di verifica:</b> SSD Clinical Risk Management e Formazione
Obiettivo 6	Utilizzo della posta pneumatica	5%	<b>Indicatore:</b> Effettivo utilizzo registrato dal sistema informatizzato (100% di utilizzo); <b>Ufficio di verifica:</b> SC Area Tecnica
Obiettivo 7	Incremento del 20% del numero delle analisi mutazionali rispetto all'anno precedente	10%	<b>Indicatore:</b> incremento 20% n. prestazioni di analisi mutazionali <b>Ufficio di verifica:</b> S.C. U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità
<b>Obiettivi di Qualità</b>			
Obiettivo 8	Almeno n. 4 audit clinici e/o organizzativi	5%	<b>Indicatore:</b> n. 4 Audit clinici; <b>Ufficio di verifica:</b> SSD Clinical Risk Management e Formazione
Obiettivo 9	Collaborazione attiva alle attività propedeutiche alla verifica del Ministero della Salute per il riconoscimento del carattere scientifico di IRCCS	10%	<b>Indicatore:</b> Aggiornamento relazione per la conferma del carattere scientifico per quanto di competenza; <b>Ufficio di verifica:</b> Direzione Scientifica
Obiettivo 10	Collaborazione alla stesura dei PDTA	10%	<b>Indicatore:</b> n. PDTA proposti/ adottati con il supporto del personale della U.O. <b>Ufficio di verifica:</b> S.C. U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità
TOT		80%	

Bari, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /2016

14 SET. 2016


Il Responsabile U.O.

Dr.ssa Ines Abbate



Il Direttore Generale

Dr. Vito Antonio Delvino



ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II  
I.R.C.C.S. BARI  
DIRETTORE GENERALE  
Dott. Antonio Delvino



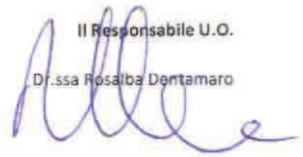
15

Prot. n. 15990 Del 21 SET, 2016

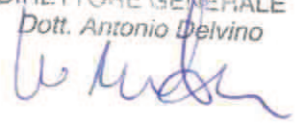
U.O. Radiodiagnostica Senologica Dr.ssa Rosalba Dentamaro		Obiettivi Anno 2016	
		Valore assegnato	Indicatore ed Ufficio Verifica
<b>Obiettivi Economici</b>			
Obiettivo 1	Mantenimento del valore della produzione (prestazioni ambulatoriali rispetto all'anno precedente)	10%	Indicatore: Valore prestazioni esterne nell'anno 2016; Ufficio di verifica: S.C. U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità
Obiettivo 2	Decremento dei costi per consumi di beni sanitari rispetto all'anno precedente, in rapporto ai volumi di produzione	5%	Indicatore: Rapporto tra costi per consumi e Produzione totale (P.A.+ P.Interne); valore 2016 < 2015 Ufficio di verifica: S.C. U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità
<b>Obiettivi Sanitari e Organizzativi</b>			
Obiettivo 3	Adeguamento alle linee guida nazionali delle liste di attesa dei pazienti oncologici nel 70% della casistica	5%	Indicatore: Adeguamento almeno nel 70% casi Ufficio di verifica: S.C. U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità
Obiettivo 4	Elaborazione di proposta di modello organizzativo finalizzato alla stesura dell'atto aziendale	10%	Indicatore: comunicazioni acquisite con protocollo generale Ufficio di verifica: S.C. U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità
Obiettivo 5	Esecuzione e refertazione delle prestazioni per i pazienti ricoverati non oltre 72 ore della richiesta	10%	Indicatore: n. referti eseguiti secondo la tempistica dell'obiettivo rispetto a quelli inviati, almeno 70% di rispetto dell'obiettivo sul totale; Ufficio di verifica: SSD Clinical Risk Management e Formazione
Obiettivo 6	Consolidamento dell'attività di accettazione e prenotazione periferica delle prestazioni ambulatoriali.	5%	Indicatore: n. prestazioni ambulatoriali esterne accettate / totale prestazioni erogate dalla UO, almeno nel 90% dei casi Ufficio di verifica: S.C. U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità
Obiettivo 7	Incremento 10% RMN della mammella	10%	Indicatore: incremento 10% RMN della mammella; Ufficio di verifica: Direzione Sanitaria
Obiettivo 8	Partecipazione ai team multidisciplinari	5%	Indicatore: n. partecipazioni Ufficio di verifica: SSD Clinical Risk Management e Formazione
<b>Obiettivi di Qualità</b>			
Obiettivo 9	Almeno 4 audit clinici e/o organizzativi	5%	Indicatore: N. Audit; Ufficio di verifica: SSD Clinical Risk Management e Formazione
Obiettivo 10	Collaborazione alla stesura dei PDTA	10%	Indicatore: n. PDTA proposti/ adottati con il supporto del personale della U.O. Ufficio di verifica: S.C. U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità
Obiettivo 11	Collaborazione attiva alle attività propedeutiche alla verifica del Ministero della Salute per il riconoscimento del carattere scientifico di IRCCS	5%	Indicatore: Aggiornamento relazione per la conferma del carattere scientifico per quanto di competenza; Ufficio di verifica: Direzione Scientifica
		TOT	80%

15 SET, 2016  
Bari, / /2016

Il Responsabile U.O.  
Dr.ssa Rosalba Dentamaro



Il Direttore Generale  
ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II  
Dr. Vito Antonio Delvino  
I.R.C.C.S. BARI  
DIRETTORE GENERALE  
Dott. Antonio Delvino






Prot. n. 15936

del 21 SET. 2016

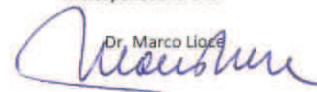
U.O. Radioterapia e Radiochirurgia Stereotassica Dr. Marco Lioce		Obiettivi Anno 2016	
		Valore assegnato	Indicatore ed Ufficio Verifica
<b>Obiettivi Economici</b>			
Obiettivo 1	Aumento del numero dei pazienti con relativo incremento del valore della produzione del 5% rispetto all'anno precedente, a parità di turni di lavoro e risorse assegnate (personale, ecc..) e a parità di giorni di fermo macchina.	10%	<b>Indicatore:</b> % incremento valore Prestazioni esterne e pazienti negli anni 2015-2016 (considerando che nel 1° sem. 2015 erano attivi 3 turni di lavoro, mentre nel 2° sem. 2015 e per tutto il 2016 sono stati attivi 2 turni di lavoro); <b>Ufficio di verifica:</b> S.C. U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità
Obiettivo 2	Decremento dei costi per consumi di beni sanitari rispetto all'anno precedente, in rapporto ai volumi di produzione	5%	<b>Indicatore:</b> Rapporto tra costi per consumi e Produzione totale (P.A.+ P.Interne); valore 2016 < 2015 <b>Ufficio di verifica:</b> S.C. U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità
<b>Obiettivi Sanitari e Organizzativi</b>			
Obiettivo 3	Collaborazione organizzativa alla risoluzione delle problematiche informatiche relative all'uso della cartella ambulatoriale ed infermieristica informatizzata, con il supporto dell'Area Gestione Tecnica	5%	<b>Indicatore:</b> Avvio a regime della cartella clinica informatizzata (% di utilizzo almeno nel 50% dei casi) <b>Ufficio di verifica:</b> S.C. AGT
Obiettivo 4	Elaborazione di proposta di modello organizzativo finalizzato alla stesura dell'atto aziendale	10%	<b>Indicatore:</b> comunicazioni acquisite con protocollo generale <b>Ufficio di verifica:</b> S.C. U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità
Obiettivo 5	Adeguamento alle linee guida nazionali delle liste di attesa dei pazienti oncologici, tenuto conto delle azioni di miglioramento concordate nel PDTA della mammella che condurranno ad una normalizzazione dei tempi di attesa riferiti esclusivamente ai trattamenti post operatori (quota oltre soglia)	10%	<b>Indicatore:</b> Adeguamento almeno nel 70% casi <b>Ufficio di verifica:</b> S.C. U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità
Obiettivo 6	Prosecuzione delle attività di accettazione e prenotazione periferica delle prestazioni ambulatoriali	5%	<b>Indicatore:</b> n. prestazioni ambulatoriali esterne accettate / totale prestazioni erogate dalla U.O, almeno nel 90% dei casi <b>Ufficio di verifica:</b> S.C. U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità
Obiettivo 7	Incremento progressivo dell'attività della IORT	10%	<b>Indicatore:</b> 15% incremento casi trattati con IORT <b>Ufficio di verifica:</b> Direzione Sanitaria
Obiettivo 8	Partecipazione ai team multidisciplinari	5%	<b>Indicatore:</b> n. partecipazioni <b>Ufficio di verifica:</b> SSD Clinical Risk Management e Formazione
<b>Obiettivi di Qualità</b>			
Obiettivo 9	Collaborazione per la stesura di PDTA	10%	<b>Indicatore:</b> n. PDTA proposti/ adottati con il supporto del personale della U.O. <b>Ufficio di verifica:</b> S.C. U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità
Obiettivo 10	Collaborazione attiva alle attività propedeutiche alla verifica del Ministero della Salute per il riconoscimento del carattere scientifico di IRCCS	10%	<b>Indicatore:</b> Aggiornamento relazione per la conferma del carattere scientifico per quanto di competenza; <b>Ufficio di verifica:</b> Direzione Scientifica
		TOT	80%

Bari, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2016

14 SET. 2016

Il Responsabile U.O.

Dr. Marco Lioce



Il Direttore Generale

Dr. Vito Antonio Delvino

ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II  
I.R.C.C.S. BARI  
DIRETTORE GENERALE  
Dott. Antonio Delvino




Prot. n. 16014 del 21/09/2016

U.O. Fisica Sanitaria Dr. Vittorio Didonna		Obiettivi Anno 2016	
		Valore assegnato	Indicatore ed Ufficio Verifica
<b>Obiettivi Sanitari e Organizzativi</b>			
Obiettivo 1	Attività svolte dall'U.O. inerenti l'incremento dell'attività IORT	10%	<b>Indicatore:</b> Attestazione U.O. Radioterapia (100% casi trattati); <b>Ufficio di verifica:</b> Direzione Sanitaria
Obiettivo 2	Articolazione dell'orario di lavoro coerente con le necessità rappresentate dalla diverse UU.OO, tenuto conto delle risorse assegnate	10%	<b>Indicatore:</b> Turni di servizio (90% dei casi) <b>Ufficio di verifica:</b> Direzione Sanitaria
Obiettivo 3	Esecuzione dei controlli di qualità sulle apparecchiature in dotazione dell'Istituto	10%	<b>Indicatore:</b> Rispetto periodicità di legge (100% dei casi), attestazione UU.OO (Radioterapia e Radiologia Diagnostica e Radiodiagnostica Senologica); <b>Ufficio di verifica:</b> S.C. U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità
Obiettivo 4	Partecipazione ai team multidisciplinari	10%	<b>Indicatore:</b> n. partecipazioni <b>Ufficio di verifica:</b> SSD Clinical Risk Management e Formazione
Obiettivo 5	Elaborazione di proposta di modello organizzativo finalizzato alla stesura dell'atto aziendale	10%	<b>Indicatore:</b> comunicazioni acquisite con protocollo generale <b>Ufficio di verifica:</b> S.C. U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità
Obiettivo 6	Collaborazione attiva nella realizzazione degli adempimenti previsti dal D.Lgs.81/08 e s.m.i. con riferimento alle valutazioni dei rischi derivanti dagli agenti fisici	10%	<b>Indicatore:</b> valutazioni sui rischi derivanti dagli agenti fisici prodotte dall'U.O. per quanto di proprio competenza (100% riscontri alle richieste del SPP) <b>Ufficio di verifica:</b> Servizio Prevenzione e Protezione
<b>Obiettivi di qualità</b>			
Obiettivo 7	Collaborazione attiva alle attività propedeutiche alla verifica del Ministero della Salute per il riconoscimento del carattere scientifico di IRCCS.	10%	<b>Indicatore:</b> Aggiornamento relazione per la conferma del carattere scientifico per quanto di competenza; <b>Ufficio di verifica:</b> Direzione Scientifica
Obiettivo 8	Collaborazione per la stesura di PDTA	10%	<b>Indicatore:</b> n. PDTA proposti/ adottati con il supporto del personale della U.O. <b>Ufficio di verifica:</b> S.C. U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità
TOT		80%	

Bari, 12 SET. 2016

Il Responsabile U.O.

Dr. Vittorio Didonna

*Vittorio Didonna*

ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II  
 I.R.C.C.S. BARI  
 DIRETTORE GENERALE  
 Dott. Antonio Delvigo



18

Prot. n. 16002

Del 21 SET. 2016

U.O. Farmacia e Umaca  
Dr.ssa Patrizia Nardulli

Obiettivi Anno 2016

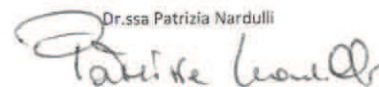
	OBIETTIVI	Valore assegnato	Indicatore ed Ufficio Verifica
<b>Obiettivi Sanitari e Organizzativi</b>			
Obiettivo 1	Stabilizzazione del valore dei tempi di liquidazione delle fatture	10%	<b>Indicatore:</b> valore 2016 = valore 2015 <b>Ufficio di valutazione:</b> S.C. U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità
Obiettivo 2	Monitoraggio semestrale delle rimanenze di reparto al fine di garantire l'ottimizzazione della gestione	10%	<b>Indicatore:</b> Relazione sul modello adottato dalla UO ; <b>Ufficio di verifica:</b> Direzione Sanitaria
Obiettivo 3	Ottimizzazione dell'uso delle risorse assegnate attraverso l'organizzazione che consenta il rispetto delle ore di straordinario di budget assegnate	10%	<b>Indicatore:</b> differenza ore effettive - ore budget <= 0; <b>Ufficio di verifica:</b> SC AGRU
Obiettivo 4	Assolvimento del debito informativo nei confronti della Direzione Strategica/Regione puglia/ Ministeri/Altri organi di controllo esterni ed interni per le materie di competenza	10%	<b>Indicatore:</b> 100% di riscontri; <b>Ufficio di verifica:</b> Direzione Amministrativa
Obiettivo 5	Elaborazione di proposta di modello organizzativo finalizzato alla stesura dell'atto aziendale	10%	<b>Indicatore:</b> comunicazioni acquisite con protocollo generale <b>Ufficio di verifica:</b> S.C. U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità
Obiettivo 6	Monitoraggio continuo dei farmaci utilizzati in regime di off label e utilizzo nell'Istituto	10%	<b>Indicatore:</b> Relazione periodica sulle attività; <b>Ufficio di verifica:</b> SSD Clinical Risk Management e Formazione
Obiettivo 7	Predisposizione di una procedura relative a percorsi di competenza della farmacia nell'ambito della dispensazione dei farmaci	10%	<b>Indicatore:</b> n. procedure predisposte; <b>Ufficio di verifica:</b> S.C. U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità
<b>Obiettivi di qualità</b>			
Obiettivo 8	Mantenimento Certificazione ISO 9001 UMACA	10%	<b>Indicatore:</b> Documentazione dell'intervenuta certificazione ISO 9001; <b>Ufficio di verifica:</b> S.C. U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità
Obiettivo 9	Collaborazione attiva alle attività propedeutiche alla verifica del Ministero della Salute per il riconoscimento del carattere scientifico di IRCCS	10%	<b>Indicatore:</b> Relazione periodica sulle attività; <b>Ufficio di verifica:</b> Direzione Scientifica
	TOT	90 %	

Bari, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / 2016

14 SET. 2016

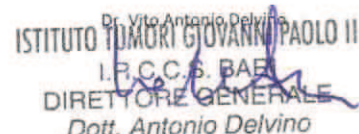
Il Direttore U.O.

Dr.ssa Patrizia Nardulli



Il Direttore Generale

Dr. Vito Antonio Delvino

 ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II  
 I.R.C.C.S. BARI  
 DIRETTORE GENERALE  
 Dott. Antonio Delvino
 


19

Prot. n. 15386

Del 21 SET. 2016

## U.O. Clinical Risk Management e Formazione

Dr. Aldo Nigro

Obiettivi Anno 2016

		Valore assegnato	Indicatore ed Ufficio Verifica
<b>OBIETTIVI ECONOMICI, SANITARI ED ORGANIZZATIVI</b>			
Obiettivo 1	Assolvimento del debito informativo nei confronti della Direzione Strategica/ Regione Puglia/ Ministeri/ Altri organi di controllo esterni ed interni per le materie di competenza	5%	<b>Indicatore:</b> Riscontri nei termini richiesti; <b>Ufficio di verifica:</b> S.C. U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità
Obiettivo 2	Assolvimento adempimenti previsti dalla deliberazione DG n. 125/2015 e DG. n.100/2016 in materia di Trasparenza e anticorruzione in ordine ai procedimenti amministrativi attribuibili all'Area per le materie di competenza	5%	<b>Indicatore:</b> Aggiornamento continuo e qualità del dato <b>Ufficio di verifica:</b> S.C. U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità
Obiettivo 3	Predisposizione report delle attività formative dei dipendenti	5%	<b>Indicatore:</b> Report attività formative <b>Ufficio di verifica:</b> S.C. U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità
Obiettivo 4	Predisposizione del Piano formativo	10%	<b>Indicatore:</b> Piano formativo 2016 <b>Ufficio di verifica:</b> S.C. U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità
Obiettivo 5	Predisposizione del Piano di attività di Risk Management 2016 / 2017	10%	<b>Indicatore:</b> Piano di attività di Risk Management 2016/2017 <b>Ufficio di verifica:</b> S.C. U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità
Obiettivo 6	Elaborazione di proposta di modello organizzativo finalizzato alla stesura dell'atto aziendale	10%	<b>Indicatore:</b> comunicazioni acquisite con protocollo generale <b>Ufficio di verifica:</b> S.C. U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità
<b>OBIETTIVI DI QUALITA'</b>			
Obiettivo 7	Verifica corretta applicazione di protocolli e linee guida all'interno dell'Istituto secondo quanto previsto dalle Raccomandazioni Ministeriali	10%	<b>Indicatore:</b> Relazione di qualità; <b>Ufficio di verifica:</b> S.C. U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità
Obiettivo 8	Analisi dei contenziosi al fine di individuare aree di criticità	5%	<b>Indicatore:</b> Resoconto analisi <b>Ufficio di verifica:</b> S.C. U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità
Obiettivo 9	Promozione ed effettuazione di Audit reattivi in caso di eventi avversi	10%	<b>Indicatore:</b> Audit <b>Ufficio di verifica:</b> S.C. U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità
Obiettivo 10	Collaborazione attiva alle attività propedeutiche alla verifica del Ministero della Salute per il riconoscimento del carattere scientifico di IRCCS	10%	<b>Indicatore:</b> Aggiornamento relazione per la conferma del carattere scientifico per quanto di competenza; <b>Ufficio di verifica:</b> Direzione Scientifica
Obiettivo 11	Verifica e controllo dell'applicazione della normativa vigente in materia di documentazione sanitaria (verifica modulistica sanitaria)	10%	<b>Indicatore:</b> controllo a campione modulistica sanitaria; <b>Ufficio di verifica:</b> S.C. U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità
TOT.		90%	

Bari, 19/9 /2016

Il Responsabile U.O.

Dr. Aldo Nigro

Il Direttore Generale

Dr. Vito Antonio Delvico



20

Prot. n. 20115

Del 17 NOV. 2016

Area Patrimonio Appalti e Contratti Ing. Giancarlo Salomone		Valore Assegnato	Indicatore ed Ufficio Verifica
<b>OBIETTIVI ECONOMICI, ORGANIZZATIVI E DI QUALITA'</b>			
Obiettivo 1	Assolvimento adempimenti previsti dalla deliberazione DG. n.100/2016 in materia di Trasparenza e anticorruzione in ordine ai procedimenti amministrativi attribuibili all'Area per le materie di competenza	15%	Indicatore: Aggiornamento continuo e qualità del dato tramite attestazione di assenza di rilievi da parte degli Organi competenti Ufficio di verifica: Direzione Amministrativa
Obiettivo 2	Assolvimento del debito informativo nei confronti della Direzione Strategica/Regione Puglia/ Ministeri/Altri organi di controllo esterni ed interni per le materie di competenza, compresi gli adempimenti AVCPASS.	5%	Indicatore: Aggiornamento continuo degli adempimenti rilevabile tramite attestazione del flusso informativo. Assenza di rilievi. Ufficio di Controllo: Direzione Amministrativa
Obiettivo 3	Gare bandite	5%	Indicatore: verifica del rispetto della tempistica imposta dalla normativa nell'esecuzione delle procedure di gara per la fornitura di beni e servizi (70%) Ufficio di Verifica: Direzione Amministrativa
Obiettivo 4	Predisposizione preventiva degli ordini di spesa a fronte degli acquisti eseguiti	5%	Indicatore: Corrispondenza numerica degli ordini effettuati rispetto alle fatture emesse (100%) Ufficio di Verifica: SC AGRF
Obiettivo 5	Elaborazione di proposta di modello organizzativo finalizzato alla stesura dell'atto aziendale	5%	Indicatore: comunicazioni acquisite con protocollo generale Ufficio di verifica: Direzione Amministrativa
Obiettivo 6	Predisposizione dei contratti relativi alle gare di appalto espletate e contemporaneo aggiornamento degli stessi nella procedura amministrativo - contabile	10%	Indicatore: 100% predisposizione dei contratti rispetto alle gare espletate Ufficio di Verifica: Direzione Amministrativa
Obiettivo 7	Caricamento, contestuale all'espletamento della gara, nella procedura amministrativo contabile dei CIG e dei prezzi delle nuove gare	5%	Indicatore: aggiornamento del 100% delle informazioni relative ai CIG e dei prezzi delle gare espletate; Ufficio di Verifica: Direzione Amministrativa
Obiettivo 8	Attività di rinegoziazione dei contratti di cui all'art. 9 ter del D.L. n. 78/2015 e relativi adempimenti	10%	Indicatore: n. proposte di rinegoziazione predisposte ed avviate rispetto al numero dei contratti non inferiore al 100%, come da normativa vigente; Ufficio di controllo: Direzione Amministrativa
Obiettivo 9	Riduzione dei tempi di liquidazione delle fatture al fine di consentire il pagamento a 60 giorni data fattura	15%	Indicatore: n. fatture liquidate /n. totale fatture di competenza giacenti (70%) Ufficio di valutazione: SC AGRF
Obiettivo 10	Fornitura dei kit di laboratorio richiesti dalla oncologia, ematologia, laboratorio sperimentale ed anatomia patologica per consentire l'incremento del numero delle analisi mutazionali rispetto all'anno precedente.	5%	Indicatore: Fornitura KIT Ufficio di Verifica: SC Farmacia
Obiettivo 11	Programmazione annuale degli acquisti.	5%	Indicatore: Presentazione di un piano acquisti entro dicembre 2016 Ufficio di Verifica: Direzione Amministrativa
Obiettivo 12	Collaborazione attiva alle attività propedeutiche alla verifica del Ministero della Salute per il riconoscimento del carattere scientifico di IRCCS	5%	Indicatore: attestazione attività; Ufficio di verifica: Direzione Scientifica
Obiettivo 13	Espletamento delle procedure di gara per l'acquisizione e il noleggio di attrezzature tecnologiche, reagenti e materiale di consumo afferenti progetti di ricerca, al fine di evitare la perdita del finanziamento previsto	10%	Indicatore: espletamento delle procedure di gara entro 60 giorni dalla predisposizione del capitolato tecnico Ufficio di verifica: Direzione Amministrativa
TOT.		100%	

Bari, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2016

Il Direttore A.I. U.O.  
Ing. Giancarlo Salomone

Il Direttore Generale

Dr. Vito Antonio Delvino



21



Prot. n° 20034 del 16 NOV. 2016

Area Gestione Risorse Finanziarie		Obiettivi Anno 2016	
Dr.ssa Tiziana Dimatteo			
		Valore assegnato	Indicatore ed Ufficio Verifica
<b>OBIETTIVI ORGANIZZATIVI ECONOMICI E DI QUALITA'</b>			
Obiettivo 1	Riduzione dei tempi di pagamento, compatibilmente con la tempestiva liquidazione delle fatture da parte delle UU.OO ordinatori di spesa	10%	Indicatore: tempi medi di pagamento (riduzione del 30% rispetto all'anno 2015) Ufficio di verifica: Direzione Amministrativa
Obiettivo 2	Assolvimento adempimenti previsti in materia di Trasparenza in ordine ai procedimenti amministrativi attribuibili all'Area per le materie di competenza	10%	Indicatore: Aggiornamento continuo e qualità del dato; Ufficio di verifica: Direzione Amministrativa
Obiettivo 3	Verifica Contabilità separata ALPI ai sensi dell'art. 20 del Regolamento per la libera Professione Intramuraria (deliberazione 100/2009)	10%	Indicatore: aggiornamento contabilità separata Ufficio di verifica: Direzione Amministrativa
Obiettivo 4	Elaborazione di proposta di modello organizzativo finalizzato alla stesura dell'atto aziendale	10%	Indicatore: comunicazioni acquisite con protocollo generale Ufficio di verifica: Direzione Amministrativa
Obiettivo 5	Determinazione dei costi di produzione per singolo episodio di ricovero nell'ambito del progetto NISAN	15%	Indicatore: stesura di un tariffario per costi standard di produzione relativi all'anno 2013 Ufficio di verifica: Direzione Amministrativa
Obiettivo 6	Verifica della voce "personale" afferente i diversi centri di costo, al fine della corretta tenuta della contabilità analitica	5%	Indicatore: mappa del personale assegnato ai centri di costo (verifica periodica) Ufficio di verifica: Direzione Amministrativa
Obiettivo 7	Collaborazione attiva alle attività propedeutiche alla verifica del Ministero della Salute per il riconoscimento del carattere scientifico di IRCCS e supporto all'aggiornamento dati per il riconoscimento OECD	10%	Indicatore: Attestazione attività Ufficio di verifica: Direzione Scientifica
Obiettivo 8	Predisposizione degli ordini degli emolumenti stipendiali del personale a contratto finanziato da progetti di ricerca al fine di alimentare in modo completo e corretto la contabilità analitica ed il modulo di gestione dei progetti di ricerca	10%	Indicatore: Corretta corresponsione degli emolumenti stipendiali afferenti il personale della ricerca Ufficio di verifica: Direzione Amministrativa
Obiettivo 9	Emissione delle fatture relative alle attività di sperimentazione nei termini fissati dalla Direzione Scientifica	10%	Indicatore: Riscontri nei termini fissati dalla Direzione Scientifica; Ufficio di verifica: Direzione Amministrativa
Obiettivo 10	Alimentazione della scheda informativa condivisa al fine di agevolare la Direzione Scientifica nella rendicontazione dei progetti	10%	Indicatore: Scheda informativa condivisa Ufficio di verifica: Direzione Amministrativa
	TOT.	100%	

Bari, 14/11/2016

Il Direttore U.O.

Dr.ssa Tiziana Dimatteo  
*Tiziana Dimatteo*

Il Direttore Generale

Dr. Vito Antonio Delino  
*Vito Antonio Delino*



22

Prot. n. 2016

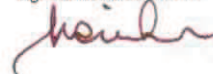
del 17 NOV. 2016

U.O. Area Gestione Tecnica e Servizi Informativi		Obiettivi Anno 2016	
Ing. Giancarlo Salomone		Valore assegnato	Indicatore ed Ufficio Verifica
<b>OBIETTIVI ORGANIZZATIVI ECONOMICI E DI QUALITA'</b>			
Obiettivo 1	Riduzione dei tempi di liquidazione delle fatture al fine di consentire il pagamento entro 60 giorni data fattura, come previsto dalla normativa vigente	10%	<b>Indicatore:</b> riduzione del 20% dei tempi di liquidazione rispetto all'anno 2015 <b>Ufficio di verifica:</b> Direzione Amministrativa
Obiettivo 2	Rispetto del budget delle ore di straordinario assegnate con nota prot. n. 8610/2015 e successive note	5%	<b>Indicatore:</b> Rispetto budget ore straordinario; <b>Ufficio di verifica:</b> Direzione Amministrativa
Obiettivo 3	Incremento del 20% delle pratiche rinegoziate di cui all'art. 9 ter del D.L. n. 78/2015 e relativi adempimenti	15%	<b>Indicatore:</b> incremento rispetto all'anno 2015 di almeno il 20% delle pratiche rinegoziate/ tot pratiche; <b>Ufficio di verifica:</b> SC AGRF
Obiettivo 4	Assolvimento del debito informativo regionale e ministeriale	5%	<b>Indicatore:</b> attestazioni di adempienza degli obblighi informativi <b>Ufficio di verifica:</b> S.C. U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità
Obiettivo 5	Predisposizione preventiva degli ordini di spesa a fronte degli acquisti eseguiti	15%	<b>Indicatore:</b> Corrispondenza numerica degli ordini effettuati rispetto alle fatture emesse (100%) <b>Ufficio di Verifica:</b> SC AGRF
Obiettivo 6	Aggiornamento Regolamento aziendale di applicazione delle disposizioni dell'art. 93 del D.Lgs n. 163/2006 modificate con d.lgs. 50/2016	10%	<b>Indicatore:</b> proposta bozza di regolamento; <b>Ufficio di verifica:</b> Direzione Amministrativa
Obiettivo 7	Assolvimento adempimenti previsti dalla Deliberazione DG n. 100/2016 in materia di Trasparenza in ordine ai procedimenti amministrativi attribuibili all'Area per le materie di competenza	10%	<b>Indicatore:</b> Pubblicazioni tempestive e complete; <b>Ufficio di verifica:</b> Direzione Amministrativa
Obiettivo 8	Collaborazione attiva alle attività propedeutiche alla verifica del Ministero della Salute per il riconoscimento del carattere scientifico di IRCCS e supporto all'aggiornamento dati per la certificazione OECD	5%	<b>Indicatore:</b> Attestazione attività; <b>Ufficio di verifica:</b> Direzione Scientifica
Obiettivo 9	Predisposizione dei capitolati tecnici per le procedure di gara per l'acquisizione e il noleggio di attrezzature tecnologiche, reagenti e materiale di consumo afferenti progetti di ricerca afferenti progetti di ricerca, al fine di evitare la perdita del finanziamento previsto	15%	<b>Indicatore:</b> Predisposizione dei capitolati tecnici entro 30 giorni dalla richiesta della Direzione Scientifica <b>Ufficio di verifica:</b> Direzione Scientifica
Obiettivo 10	Elaborazione di proposta di modello organizzativo finalizzato alla stesura dell'atto aziendale	10%	<b>Indicatore:</b> comunicazioni acquisite con protocollo generale <b>Ufficio di verifica:</b> Direzione Amministrativa
	TOT.	100%	

Bari, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2016

Il Direttore U.O.

Ing. Giancarlo Salomone



Il Direttore Generale

Dr. Vito Antonio Delvino




23

Prot. n. 19281

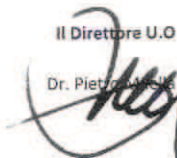
Del - 4 NOV. 2016

U.O. S.E. Controllo di gestione e Qualità		Obiettivi Anno 2016	
Dr. Pietro Milella		Valore assegnato	Indicatore ed Ufficio Verifica
<b>OBIETTIVI ECONOMICI, SANITARI ED ORGANIZZATIVI</b>			
Obiettivo 1	Aggiornamento continuo delle tariffe non contenute nel nomenclatore tariffario aziendale per le prestazioni ambulatoriali sulla base delle richieste pervenute	5%	<b>Indicatore:</b> n. richieste pervenute/ n. pratiche avviate; <b>Ufficio di verifica:</b> Direzione Amministrativa
Obiettivo 2	Assolvimento del debito informativo nei confronti della Direzione Strategica/Regione/Ministeri / altri organi di controllo interno ed esterno per le materie di propria competenza	5%	<b>Indicatore:</b> attestazione adempimenti degli obblighi informativi (DGR 2713/2014); <b>Ufficio di verifica:</b> Direzione Generale
Obiettivo 3	Monitoraggio del DRG ad elevato rischio di inappropriata in regime di Ricovero Ordinario. Verifica appropriatezza del setting assistenziale.	5%	<b>Indicatore:</b> Report trimestrale ai sensi del DM 10.12.09 e DGR 834/2008 <b>Ufficio di verifica:</b> Direzione Generale
Obiettivo 4	Attività di supporto all'elaborazione dell'atto aziendale	10%	<b>Indicatore:</b> predisposizione atti amministrativi propedeutici <b>Ufficio di verifica:</b> Direzione Generale
Obiettivo 5	Adempimenti previsti dalla Legge 190-2012 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità" nella P.A"	10%	<b>Indicatore:</b> Report sullo stato di osservanza <b>Ufficio di verifica:</b> Direzione Generale
Obiettivo 6	Verifica del rispetto degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente	5%	<b>Indicatore:</b> Pubblicazioni complete e tempestive nella sezione "Amministrazione Trasparente"; <b>Ufficio di verifica:</b> Direzione Generale
Obiettivo 7	Monitoraggio indicatori di attività nel rispetto dei criteri di appropriatezza clinica ed organizzativa	5%	<b>Indicatore:</b> Report indicatori; <b>Ufficio di verifica:</b> Direzione Sanitaria
Obiettivo 8	Monitoraggio del numero di DRG 410 al fine di consentirne la riduzione rispetto all'anno precedente e formalizzazione di eventuali proposte di azioni correttive	5%	<b>Indicatore:</b> Report DRG; <b>Ufficio di verifica:</b> Direzione Sanitaria
Obiettivo 9	Garantire la tempestiva applicazione del regolamento ALPI anche in relazione all'aggiornamento ed applicazione delle nuove tariffe e proporre bozza di regolamento alla luce delle linee guida emanate dalla Regione	10%	<b>Indicatore:</b> Aggiornamento tariffe e bozza di regolamento; <b>Ufficio di verifica:</b> Direzione Amministrativa
<b>OBIETTIVI DI QUALITÀ</b>			
Obiettivo 10	Collaborazione attiva alle attività propedeutiche alla verifica del Ministero della Salute per il riconoscimento del carattere scientifico di IRCCS	10%	<b>Indicatore:</b> Aggiornamento relazione per la conferma del carattere scientifico per quanto di competenza; <b>Ufficio di verifica:</b> Direzione Scientifica
Obiettivo 11	Relazione sull'attività svolta attraverso l'analisi degli indicatori di attività, inserita nel Bilancio aziendale	5%	<b>Indicatore:</b> Relazione indicatori di attività inserita nel Bilancio aziendale <b>Ufficio di verifica:</b> Direzione Generale
Obiettivo 12	Monitoraggio dei tempi di attesa per le prestazioni di cui al PNGLA 2010-2012	10%	<b>Indicatore:</b> Report semestrale <b>Ufficio di verifica:</b> Direzione Generale
Obiettivo 13	Supporto alle attività propedeutiche alla stesura dei PDTA	5%	<b>Indicatore:</b> n. PDTA proposti/ adottati con il supporto del personale della U.O. <b>Ufficio di verifica:</b> Direzione Generale
TOT.		90%	

Bari 4 NOV. 2016

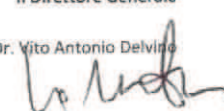
Il Direttore U.O.

Dr. Pietro Milella



Il Direttore Generale

Dr. Vito Antonio Delvino




24



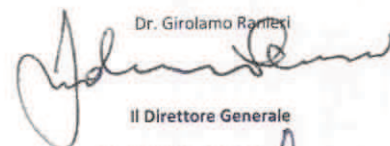
Prot. n. 19283 del - 4 NOV. 2016

U.O. Oncologia Medica Integrata		Obiettivi Anno 2016	
Dr. Girolamo Ranieri		Valore assegnato	Indicatore ed Ufficio Verifica
<b>OBIETTIVI ECONOMICI SANITARI E ORGANIZZATIVI</b>			
Obiettivo 1	Erogazione di prestazioni ambulatoriali di chemioterapie integrate, loco regionali/ sistemiche, associate a ipertermia esterna, superficiale e/o profonda, per un numero di prestazioni non inferiore a 400	10%	<b>Indicatore:</b> N° di prestazioni non inferiore a 400 (riferite al 2° sem. 2016) <b>Ufficio di verifica:</b> S.C. U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità
Obiettivo 2	Elaborazione di proposta di modello organizzativo finalizzato alla stesura dell'atto aziendale	10%	<b>Indicatore:</b> comunicazioni acquisite con protocollo generale <b>Ufficio di verifica:</b> S.C. U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità
Obiettivo 3	Prosecuzione delle attività di accettazione e prenotazione periferica delle prestazioni ambulatoriali.	10%	<b>Indicatore:</b> n. prestazioni ambulatoriali esterne accettate / totale prestazioni erogate dalla UO, almeno nel 90% dei casi <b>Ufficio di verifica:</b> S.C. U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità
<b>OBIETTIVI DI QUALITÀ/ SCIENTIFICI</b>			
Obiettivo 4	Collaborazione alla stesura di almeno n.1 PDTA	20%	<b>Indicatore:</b> n. PDTA proposti/ adottati con il supporto del personale della U.O. <b>Ufficio di verifica:</b> S.C. U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità
Obiettivo 5	Predisposizione di un questionario per la rilevazione del grado di soddisfazione dell'utenza afferente alla Struttura Semplice	20%	<b>Indicatore:</b> Questionario di rilevazione indice di gradimento/soddisfazione <b>Ufficio di verifica:</b> S.C. U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità
Obiettivo 6	Collaborazione attiva alle attività propedeutiche alla verifica del Ministero della Salute per il riconoscimento del carattere scientifico di IRCCS.	20%	<b>Indicatore:</b> Aggiornamento relazione per la conferma del carattere scientifico per quanto di competenza; <b>Ufficio di verifica:</b> Direzione Scientifica
Obiettivo 7	Produzione scientifica con edizioni aventi IF non inferiore a 7,5 punti	10%	<b>Indicatore:</b> Produzione scientifica con IF non inferiore a 7,5 <b>Ufficio di verifica:</b> Direzione Scientifica
TOT.		100%	

Bari - 4 NOV. 2016

Il Responsabile U.O.

Dr. Girolamo Ranieri



Il Direttore Generale

Dr. Vito Antonio Delvino




25

**Personale Direzione Scientifica**

**Obiettivi Anno 2016**

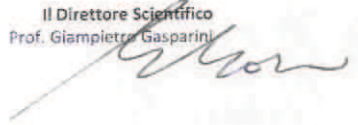
Prof. Giampietro Gasparini

		Valore assegnato	Indicatore ed Ufficio Verifica
<b>OBIETTIVI ECONOMICI SANITARI E ORGANIZZATIVI</b>			
Obiettivo 1	Collaborazione attiva con le UU.OO. per consentire il completo utilizzo dei fondi di ricerca corrente e finalizzata destinati all'acquisto di beni sanitari per la ricerca	10%	<b>Indicatore:</b> Relazione analitica sulle attività <b>Ufficio di controllo:</b> Direzione Scientifica
Obiettivo 2	Riduzione dei tempi di liquidazione delle fatture al fine di consentire il pagamento a 60 giorni dalla data di registrazione della fattura come previsto dalla normativa vigente	5%	<b>Indicatore:</b> Riduzione tempi di pagamento <b>Ufficio di controllo:</b> Direzione Amministrativa
Obiettivo 3	Predisposizione ed aggiornamento continuo di un report analitico della Ricerca Corrente per progetto e per voce di spesa al fine di monitorare i residui per linea di ricerca	10%	<b>Indicatore:</b> Report <b>Ufficio di controllo:</b> S.C. AGRF
Obiettivo 4	Predisposizione tempestiva degli ordini di spesa informatizzati per ciascun provvedimento di liquidazione a firma del Direttore Scientifico	10%	<b>Indicatore:</b> Report <b>Ufficio di controllo:</b> S.C. AGRF
Obiettivo 5	Rispetto delle scadenze Ministeriali attraverso il Workflow della Ricerca	10%	<b>Indicatore:</b> Report <b>Ufficio di controllo:</b> Direzione Scientifica
Obiettivo 6	Alimentazione completa e tempestiva dell'ambiente informatico condiviso al fine di agevolare il confronto con i dati di contabilità	5%	<b>Indicatore:</b> Report <b>Ufficio di controllo:</b> S.C. AGRF
Obiettivo 7	Predisposizione delle rendicontazioni economiche dei progetti di ricerca previste nell'anno in collaborazione con la S.C. AGRF	5%	<b>Indicatore:</b> Report <b>Ufficio di controllo:</b> Direzione Scientifica/S.C. AGRF
Obiettivo 8	Completamento di costituzione dei TEAM Multidisciplinari e monitoraggio delle attività	10%	<b>Indicatore:</b> Relazione attività <b>Ufficio di controllo:</b> Direzione Scientifica
Obiettivo 9	Biblioteca: attività di <i>document delivery</i> (recupero articoli e/o parte di testo di libro) per i ricercatori dell'Istituto attraverso il sistema opac web ACNP e NILDE	10%	<b>Indicatore:</b> Report statistiche NILDE <b>Ufficio di controllo:</b> Direzione Scientifica
Obiettivo 10	Attività istituzionale nell'ambito del sistema bibliotecario BIBLIOSAN	10%	<b>Indicatore:</b> Relazione sulle attività <b>Ufficio di controllo:</b> Direzione Scientifica
Obiettivo 11	Monitoraggio semestrale della produzione di articoli scientifici con <i>impact factor</i> annuale per la valutazione del Ministero della Salute per la Ricerca Corrente annuale	5%	<b>Indicatore:</b> Comunicazione ufficiali <b>Ufficio di controllo:</b> Direzione Scientifica
Obiettivo 12	Collaborazione attiva alle attività propedeutiche alla verifica del Ministero della Salute per il riconoscimento del carattere scientifico IRCCS e supporto all'aggiornamento per la certificazione OECS	10%	<b>Indicatore:</b> Relazione sulle attività <b>Ufficio di controllo:</b> Direzione Scientifica/Direzione Amministrativa
TOT.		100%	

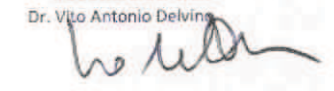
Prot. n. 19908

Bari 15/11/2016

Il Direttore Scientifico  
Prof. Giampietro Gasparini



Il Direttore Generale  
Dr. Vito Antonio Delvino




Prot. n° 20033 del 16 NOV. 2016

**SSD Affari Generali Struttura Burocratico Legale e Privacy**

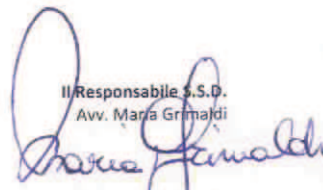
**Obiettivi Anno 2016**

Avv. Maria Grimaldi

		Valore assegnato	Indicatore ed Ufficio Verifica
<b>OBIETTIVI ECONOMICI ORGANIZZATIVI E DI QUALITÀ</b>			
Obiettivo 1	Ricognizione del contenzioso aziendale: disamina e fascicolazione delle cause definite e/o pendenti con attribuzione di incarichi all'esterno	10%	<b>Indicatore:</b> creazione di un archivio e riorganizzazione della fascicolazione delle cause pendenti <b>Ufficio di verifica:</b> Direzione Amministrativa
Obiettivo 2	Gestione fondi	10%	<b>Indicatore:</b> aggiornamento e rivisitazione della imputazione ai fondi <b>Ufficio di verifica:</b> Direzione Amministrativa
Obiettivo 3	Riduzione delle cause affidate a legali esterni	10%	<b>Indicatore:</b> delibere di incarico per affidamento di incarichi all'esterno <b>Ufficio di verifica:</b> Direzione Amministrativa
Obiettivo 4	Spese legali per avvocati esterni	10%	<b>Indicatore:</b> liquidazione spese legali <b>Ufficio di verifica:</b> Direzione Amministrativa
Obiettivo 5	Gestione in autoassicurazione dei sinistri e risarcimenti danni per malpractice	10%	<b>Indicatore:</b> riorganizzazione ed implementazione dei lavori di istruttoria e trattazione nella fase stragiudiziale: il CVS <b>Ufficio di verifica:</b> Direzione Amministrativa
Obiettivo 6	Privacy	10%	<b>Indicatore:</b> riorganizzazione ed eventuale adeguamento alla normativa europea <b>Ufficio di verifica:</b> Direzione Amministrativa
Obiettivo 7	Protocollo	10%	<b>Indicatore:</b> riorganizzazione con eventuale previsione di incrementare il sistema adeguandolo alla normativa vigente (fascicolazione elettronica, etc). <b>Ufficio di verifica:</b> Direzione Amministrativa
Obiettivo 8	Deliberazioni	10%	<b>Indicatore:</b> riorganizzazione con eventuale predisposizione nuovo fac simile delibere <b>Ufficio di verifica:</b> Direzione Amministrativa
Obiettivo 9	Convenzioni	10%	<b>Indicatore:</b> riorganizzazione, predisposizione degli atti di convenzione, ivi comprese quelle per team multidisciplinari in materia di sperimentazioni di farmaci, ed adozione. <b>Ufficio di Verifica:</b> Direzione Amministrativa
Obiettivo 10	Corrispondenza esterna e relativi servizi	10%	<b>Indicatore:</b> riorganizzazione del servizio <b>Ufficio di Verifica:</b> Direzione Amministrativa
	TOT.	100%	

Bari 14/11/2016

Il Responsabile S.S.D.  
Avv. Maria Grimaldi



Il Direttore Generale  
Dr. Vito Antonio Delvino




27

Prot. n. 20035 del 16 NOV. 2016

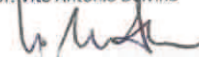
U.O. Area Gestione Risorse Umane		Obiettivi Anno 2016	
Dott. Donato Madaro			
		Valore assegnato	Indicatore ed Ufficio Verifica
Obiettivi Economici Organizzativi e di Qualità			
Obiettivo 1	Aggiornamento continuo della procedura informatica per la trasmissione mensile via e-mail del cartellino al singolo dipendente e al responsabile di riferimento	10%	Indicatore: verifica a campione su almeno il 5% del personale; Ufficio di verifica: Direzione Amministrativa
Obiettivo 2	Assolvimento del debito informativo regionale e ministeriale per le materie di competenza	10%	Indicatore: attestazioni di adempienza degli obblighi informativi Ufficio di verifica: Direzione Amministrativa
Obiettivo 3	Elaborazione di proposta di modello organizzativo finalizzato alla stesura dell'atto aziendale	10%	Indicatore: comunicazioni acquisite con protocollo generale Ufficio di verifica: Direzione Amministrativa
Obiettivo 4	Assolvimento adempimenti previsti dalla Deliberazione DDG n. 100/2016 e dalla normativa in materia di Trasparenza in ordine ai procedimenti amministrativi attribuibili all'Area per le materie di competenza	10%	Indicatore: Pubblicazioni aggiornate nella Sezione Amministrazione Trasparente; Ufficio di verifica: Direzione Amministrativa
Obiettivo 5	Adempimenti connessi al monitoraggio delle Performance con predisposizione di un report in cui, per ciascun dipendente, viene riportata la valutazione assegnata dal relativo responsabile	10%	Indicatore: Predisposizione Report per il monitoraggio delle performance individuali; Ufficio di verifica: Direzione Amministrativa
Obiettivo 6	Fabbisogno personale 2016-2018 e piano assunzioni 2016	10%	Indicatore: predisposizione del piano assunzioni 2016 e fabbisogno del personale 2016-2018 Ufficio di verifica: Direzione Amministrativa
Obiettivo 7	Monitoraggio della spesa del personale (diverse tipologie contrattuali)	5%	Indicatore: predisposizione reportistica semestrale; Ufficio di verifica: Direzione Amministrativa
Obiettivo 8	Monitoraggio continuo in collaborazione con l'AGRF per la corretta imputazione nella procedura di gestione degli stipendi dell'assegnazione delle singole unità di personale ai centri di costo di riferimento secondo il nuovo piano dei centri di costo al fine di consentire la corretta alimentazione della contabilità analitica	5%	Indicatore: aggiornamento continuo del dato Ufficio di verifica: Direzione Amministrativa
Obiettivo 9	Collaborazione attiva alle attività propedeutiche alla verifica del Ministero della Salute per il riconoscimento del carattere scientifico di IRCCS	5%	Indicatore: Attestazione di collaborazione Ufficio di verifica: Direzione Scientifica
Obiettivo 10	Evasione dei contratti di ricerca autorizzati dalla Direzione Generale e dalla Direzione Scientifica entro 30 giorni dalla richiesta e pubblicazione sul BURP entro 15 giorni dalla data della delibera	10%	Indicatore: Rispetto della tempistica individuata almeno nell'80% dei casi Ufficio di verifica: Direzione Generale
Obiettivo 11	Collaborazione con la Direzione Scientifica per la raccolta della documentazione utile alla rendicontazione dei progetti di ricerca, per quanto di competenza	5%	Indicatore: Riscontri alla Direzione Scientifica; Ufficio di verifica: Direzione Scientifica
Obiettivo 12	Adeguamento dei contratti dei dirigenti, degli atti di incarico e della modulistica in uso alla normativa in materia di conflitto di interessi e incompatibilità	10%	Indicatore: adeguamento alle norme nel 20% dei casi, tramite strutturazione report Ufficio di verifica: Direzione Amministrativa
	TOT	100%	

Bari 14/11/2016

Il Direttore U.O.  
Dr. Donato Madaro



Il Direttore Generale  
Dr. Vito Antonio Delvino




28