

Non è possibile il raggiungimento parziale dell'obiettivo, se raggiunto sarà valutato con lo stesso peso individuato in fase di assegnazione altrimenti sarà valutato 0. Il rapporto fra la sommatoria dei pesi ottenuti in fase di verifica e la sommatoria dei pesi degli obiettivi assegnati fornisce il livello di raggiungimento.

1	B	Equilibrio Rapporto costi / ricavi	5	Bilancio	COSTI RICAVI	val < 1	Flusso contabilità analitica (S.C. U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità - SC AGRF)
2	C	Rispetto protocollo pre-ricovero chirurgico	10	Riorganizzazione dell'assistenza secondo il principio dell'intensità delle cure	Valore degenza pre-operatoria	val < 1	Report SDO (S.C. U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità)
3	C	Chiusura atti operatori nel software di sala operatoria	10	Adeguamento normativo	N. atti operatori chiusi = n. atti operatori effettuati	100%	Direzione Sanitaria
4	D	Pianificazione dei ricoveri funzionali ad un aumento dell'indice chirurgico	15	Governance clinica	DRG CHIRURGICI DRG S.C.	val > 70%	Report SDO (S.C. U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità)
5	A	Redazione di una brochure informativa sui servizi resi all'utente	10	Comunicazione all'utenza	Redazione brochure informativa entro fine anno	val=1	ATTESTAZIONE DIPARTIMENTALE DI STAMP
6	D	Selezione della casistica trattata funzionale al raggiungimento di un peso medio DRG elevato	10	Governance clinica	Peso medio	val=2	Report SDO (S.C. U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità)
7	D	Rispetto dell'appropriatezza organizzativa	10	Governance clinica	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio (regime ordinario)	val < 0,32	Report SDO (S.C. U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità)
8	C	Rispetto delle classi di priorità al ricovero	10	Adeguamento normativo	tempi di attesa previsti per classe di priorità		Flusso tempi di attesa (S.C. U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità)
9	D	Avvio attività propedeutiche all'organizzazione di un evento internazionale relativo alla chirurgia toracica da realizzare entro l'anno 2018	10	Performance, innovazione e apprendimento	Cono-programma attività previste		Clinical Risk Management e Formazione
10	C	Rispetto degli orari di Sale Operatorie così come definiti nel Planning	10	Ottimizzazione uso spazi e risorse	Tempi sala operatoria	val= 70%	Attestazione Direttore S.C. Anestesia Riarminazione e Tipo

PROSPETTIVA B.C. DI: "ORIENTI, A ECONOMIA PARAZI, C. CRITERI ORGANIZZATIVI O PERSONALI, INNOVAZIONE E SOSTENIBILITÀ"

CONCORDATI IN DATA

IL RAGGIUNGIMENTO DI TUTTI GLI OBIETTIVI RISGUARDANO L'INTERA EQUIPE.

IL DIRETTORE DELLA U.O. SI IMPEGNA A COMUNICARE E DISCUTERE GLI OBIETTIVI CON L'INTERA EQUIPE (DIRIGENZA E COMPARTO) E DEFINIRE IL PIANO OPERATIVO

Il Direttore U.O. _____

Il Relatore del Comparto _____

Per la Direzione Strategica _____

03 OTT 2017

Data

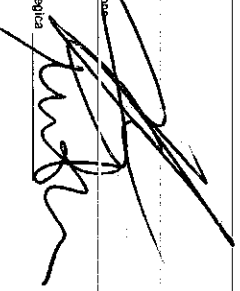
Non è possibile il raggiungimento parziale dell'obiettivo; se raggiunto sarà valutato con lo stesso peso individuato in fase di assegnazione altrimenti sarà valutato 0. Il rapporto fra la sommatoria dei pesi ottenuti in fase di verifica e la sommatoria dei pesi degli obiettivi assegnati fornisce il livello di raggiungimento.

1	D	analisi delle situazioni organizzativa delle Unità operative inserite nel dipartimento funzionale alla presentazione di proposte operative per il raggiungimento di una performance ottimale	25	performance organizzativa	livello di una relazione analitica per singola U.O. del Dipartimento contenente proposte operative per il raggiungimento di una performance ottimale	attestazione Direzione Generale	
2	D	cronoprogramma delle attività da intraprendere nel medio lungo periodo per il raggiungimento di una performance ottimale	50	performance organizzativa	invio cronoprogramma operativo	attestazione Direzione Generale	
3	C	coordinamento degli incontri con i responsabili di U.O. del Dipartimento.	25	capacità organizzative / coordinamento organizzativo	N. incontri verbalizzati	attestazione Direzione Generale	

Il Direttore U.O. _____

Il Referente del Comparto _____

Per il Controllo di Gestione
 Per la Direzione Strategica



Data _____

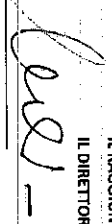
07/01/2017

Non è possibile il raggiungimento parziale dell'obiettivo, se raggiunto sarà valutato con lo stesso peso indicativo in base di assegnazione altrimenti sarà valutato 0. Il rapporto fra la sommatoria dei pesi ottenuti in base di verifica e la sommatoria dei pesi degli obiettivi assegnati fornirà il livello di raggiungimento.

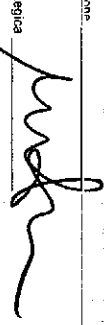
1	B	Equilibrio Rapporto costi / ricavi	5	Bilancio	COSTI RICAVI	val ≤ 1	Fusso contabilità analitica (S.C. U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità - SC AGRI)	
2	C	Utilizzo del Sistema APS (registrazione diretta per pazienti essenti ticket)	10	Organizzazione Interna	N. REGISTRAZIONI ESSENTI TICKET N. PRESTAZIONI EROGATE AD ESSENTI TICKET	val ≤ 1	Fusso prestazioni ambulatoriali (S.C. U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità)	
3	C	Popolamento Agende di prenotazione	10	Organizzazione Interna	N. Prenotazioni		Fusso prestazioni ambulatoriali (S.C. U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità)	
4	D	Applicazione del PDTA approvati	15	Performance organizzativa	N. utenti inseriti nel PDTA		Attestazione Direzione Sanitaria	
5	A	Redazione di una brochure informativa sui servizi resi all'utente	5		Redazione brochure informativa entro fine anno	val=1	ATTESTAZIONE DIPARTIMENTO DI STAFF	
6	0	Partecipazione alle attività dei TEAM multidisciplinari	10	Comportamento organizzativo	N. incontri		Attestazione Direzione Sanitaria	
7	C	Partecipazione all'attività chirurgica della SC di Chirurgia Toracica	15	Organizzazione Interna	N. Interventi		Fusso Sala operatoria (S.C. U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità)	
8	C	Classi di priorità	5	Adeguamento normativo	Tempi di attesa previsti per classe di priorità		Fusso tempi di attesa (S.C. U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità)	
9	D	Avvio attività progettuale all'organizzazione di un evento internazionale relativo alla chirurgia toracica da realizzare entro l'anno 2018	15	Performance, Innovazione e apprendimento	Corso programma attività previste		Clinical Risk Management e Formazione	
10	C	Audit con il personale della SSD finalizzato al miglioramento dell'organizzazione del Servizio	10	Organizzazione Interna	N. Audit	val > 1	Attestazione Direzione Sanitaria	

PROGETTO MIRA - OBIETTIVI OPERATIVI ANNO 2017 - FRODISCOPIA BRONCHIALE - FRODISCOPIA BRONCHIALE

CONCORDATI IN DATA
IL RAGGIUNGIMENTO DI TUTTI GLI OBIETTIVI RIGUARDANO L'INTERA EQUIPE.
IL DIRETTORE DELLA U.O. SI IMPEGNA A COMUNICARE E DISCUTERE GLI OBIETTIVI CON L'INTERA EQUIPE (DIRIGENZA E COMPARTO) E DEFINIRE IL PIANO OPERATIVO.

Il Direttore U.O. 

Il Referente del Comparto _____

Per la Direzione Strategica 

10 OTT 2017

Att 1



1	C	Rispetto obblighi informativi	15	adeguamento normativo	rispetto obblighi informativi	100%	Attestazione Direzione Sanitaria		
2	C	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	ottimizzazione uso spazi e risorse	tempi sala operatoria	val ≤ 70%	Attestazione Direttore SC Anestesia Rianimazione e Tipo		
3	C	Avvio a regime del percorso di pre-ricovero chirurgico	10	riorganizzazione dell'assistenza secondo il principio dell'intensità delle cure	VALORE DEGENZA PRE-OPERATORIA 2017	VAL ≤ 1	Report SDO (S.C. U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità)		
4	C	Avvio a regime delle attività ambulatoriali: - visite, rioscopie, ecografie con procedure mininvasive	10	governance clinica	Configurazione agende di prenotazione		report (S.C. U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità)		
5	C	Avvio a regime di attività di degenza e percorsi di Sala operatoria	15	governance clinica	ricoveri/interventi		report (S.C. U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità)		
6	A	Redazione vademecum sui servizi resi all'utente funzionale all'elaborazione di una carta dei servizi orientata all'utenza	10	comunicazione all'utenza	Trasmissione del vademecum all'UOSE Controllo di gestione e Qualità	Relazione	ATTESTAZIONE DIPARTIMENTO DI STAFF		
7	C	Chiusura in giornata degli atti operatori da parte dell'equipe	5	governance clinica	N° atti operatori aperti	val = 0	report (S.C. U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità)		
8	D	Corretta applicazione della profilassi antibiotica per l'operatoria secondo le linee guida regionali	10	governance clinica	N° casi di profilassi secondo linee guida	N° casi ≥ 75 %	Attestazione Direzione Sanitaria		
9	D	Publicatione Scientifica	10	RICERCA	N° pubblicazioni	val ≥ 1	Direzione Scientifica		
10	D	Contenimento dei casi di DRG ad alto rischio di inappropriatazza.	10	appropriatezza chirurgica/medica	N. DRG A RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA TOT. DRG	VAL ≤ 30%	Fusso DRG (S.C. U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità)		

PROFESSIVA (S.C. U.O.S.E. CONTROLLO DI GESTIONE E QUALITÀ) - ECONOMICI FINANZIARI - CONTINUI ORGANIZZATIVI - PERSONALI - INNOVAZIONE E APPRENDIMENTO

CONCORDATI IN DATA

IL RAGGIUNGIMENTO DI TUTTI GLI OBIETTIVI RIGUARDANO L'INTERA EQUIPE.

IL DIRETTORE DELLA U.O. SI IMPEGNA A COMUNICARE E DISCUTERE GLI OBIETTIVI CON L'INTERA EQUIPE (DIRIGENZA E COMPARTO) E DEFINIRE IL PIANO OPERATIVO

Il Direttore U.O.

[Signature]

Il Direttore Generale

[Signature]

Data

03 07 2017



Non è possibile il raggiungimento parziale dell'obiettivo, se raggiunto sarà valutato con lo stesso peso individuato in fase di assegnazione altrimenti sarà valutato 0. Il rapporto fra la sommatoria dei pesi ottenuti in fase di verifica e la sommatoria dei pesi degli obiettivi assegnati formerà il livello di raggiungimento.

1	C	Utilizzo del Sistema APS (registrazione diretta per pazienti essenti ticket)	10	Organizzazione interna	N. REGISTRAZIONI ESSENTI TICKET N. PRESTAZIONI EROGATE AD ESSENTI TICKET	val 5.1	Flusso prestazioni ambulatoriali (S.C. U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità)
2	B	Contenimento dei costi in rapporto al valore di produzione	5	Bilancio economico	COSTI RICAVI	val 5.1	Flusso contabilità analitica (S.C. U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità - SC ASRP)
3	D	Partecipazione alle attività del TEAM MULTIDISCIPLINARI	15	Comportamento organizzativo	N. partecipazioni		Direzione Sanitaria
4	D	Obiettivo Dipartimentale: Sessura di un Protocollo d'intesa per la messa a regime della metodologia LEAN Sigigma per le attività ambulatoriali	15	Innovazione	piano operativo	val = 1	Attestazione Direzione Sanitaria
5	A	Redazione vademecum sui servizi resi all'utente funzionale all'elaborazione di una carta dei servizi orientata all'utenza	5	Comunicazione all'utenza	Trasmissione del vademecum all'USSE Controllo di gestione e Qualità entro il 31/12/2017		ATTESTAZIONE DIPARTIMENTO DI STAFF
6	A	Programmazione agende per classi di priorità assegnate	5	Organizzazione Interna	Configurazione Agende		Attestazione S.C. U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità
7	C	Riduzione tempi di attesa per visite e trattamenti chemioterapici (prescrizioni con codice di priorità B)	5	Tempi di attesa	Data prescrizione - Data esecuzione prestazione	val 5.7 BR	Attestazione S.C. U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità
8	C	Audit con il personale finalizzato al miglioramento dell'organizzazione del Servizio	10	Comportamento organizzativo	n.1 AUDIT mensile	val 5.1	Attestazione Direzione Sanitaria
9	D	Avvio del percorso di presa in carico globale del paziente oncologico	15	Performance organizzativa	Relazione relativa allo stato di avanzamento del percorso		Attestazione Direzione Sanitaria
10	D	Applicazione dei PDTA approvati	15	Performance organizzativa	N. utenti inseriti nei PDTA		Attestazione Direzione Sanitaria

PROSPETTIVA ESPL. - UFFICILE - ECONOMICO FINANZIARIA - E - INTERI OPERATIVI (N. D. RESPONSABILITÀ, INNOVAZIONE E APPRENDIMENTO)

CONCORDATI IN DATA
IL RAGGIUNGIMENTO DI TUTTI GLI OBIETTIVI RIGUARDANO L'INTERA EQUIPE.
IL DIRETTORE DELLA U.O. SI IMPEGNA A COMUNICARE E DISCUTERE GLI OBIETTIVI CON L'INTERA EQUIPE (IDRIGENZA E COMPARTO) E DEFINIRE IL PIANO OPERATIVO

Il Direttore U.O.

Il Direttore Generale

09/07/2017

Data




Num.	Descrizione Obiettivo	Ob. GEN. RIS.	Ob. SPEC. RIS.	Ob. SPEC. RIS. 2	Ob. SPEC. RIS. 3	Ob. SPEC. RIS. 4	Ob. SPEC. RIS. 5	Ob. SPEC. RIS. 6	Ob. SPEC. RIS. 7	Ob. SPEC. RIS. 8	Ob. SPEC. RIS. 9	Ob. SPEC. RIS. 10
------	-----------------------	---------------	----------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	-------------------

Non è possibile il raggiungimento parziale dell'obiettivo, se raggiunto sarà valutato con lo stesso peso individuato in fase di assegnazione altrimenti sarà valutato 0. Il rapporto fra la sommatoria dei pesi ottenuti in fase di verifica e la sommatoria dei pesi degli obiettivi assegnati formerà il livello di raggiungimento.

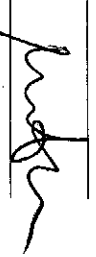
1	D	Redazione cronoprogramma attività funzionali al trasferimento dell'U.O. di Anatomia Patologica dell'ASL 9A	15	Trasferimento UU.OO ex DGR 895/2016	redazione cronoprogramma attività	entro	Direzione Sanitaria					
2	D	Applicazione dei PTA approvati e/o revisione semestrale dei PTA approvati	10	governance clinica	PROCEDURE ATTIVATE PROCEDURE PREVISTE	val ≥ 1	Attestazione Direzione Sanitaria					
3	D	Partecipazione alle attività del TEAM MULTIDISCIPLINARI	10	comportamento organizzativo	N. partecipazioni N. incontri	50%	Direzione Sanitaria/Direzione Scientifica					
4	A	Redazione vademecum sui servizi ambulatoriali resi all'utente	5	comunicazione all'utenza	Trasmissione del vademecum all'UOSE Controllo di gestione e Qualità entro il 31/10/2017		ATTESTAZIONE DIPARTIMENTO DI STAFF					
5	C	Trasmissione dei flussi informativi relativi alle prestazioni interne	15	adempimenti flussi informativi	riscontro alle richieste dell'UOSE	100%	Report prestazioni ambulatoriali (S.C. U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità)					
6	C	Formazione del personale per la valutazione del Linfonodo Sentinella con tecniche biomolecolari	10	formazione	attività formative inerenti		SSD Risk Management e Formazione					
7	B	Aumento della produzione economica	10	bilancio economico-finanziario	produzione prestazioni ambulatoriali 2017	+ 20%	Flusso prestazioni ambulatoriali (S.C. U.O.S.E. Controllo di gestione e Qualità)					
8	D	Produzione scientifica con IF	10	RICERCA	produzione scientifica	5 punti IF	Direzione Scientifica					
9	C	OBIETTIVO DIPARTIMENTALE: Stecura di un protocollo operativo relativo alla consegna dei referti nel rispetto della normativa sulla privacy	5	performance organizzativa	protocollo operativo		Attestazione Direttore Dipartimento					
10	C	Organizzazione delle attività inerenti la circoassitenza polmonare	10	performance organizzativa	protocollo operativo per il miglioramento dell'accuratezza diagnostica		Attestazione Direzione Sanitaria					

PROSPETTIVA BSA (A - UTENTE, B - ECONOMICO FINANZIARI, C - INTERNI ORGANIZZATIVI, D - PERFORMANCE, INNOVAZIONE E APPRENDIMENTO)

CONCORDATI IN DATA
IL RAGGIUNGIMENTO DI TUTTI GLI OBIETTIVI RIGUARDANO L'INTERA EQUIPE.
IL DIRETTORE DELLA U.O. SI IMPEGNA A COMUNICARE E DISCUTERE GLI OBIETTIVI CON L'INTERA EQUIPE (DIRIGENZA E COMPARTO) E DEFINIRE IL PIANO OPERATIVO

Il Direttore U.O. 

Per il Controllo di Gestione

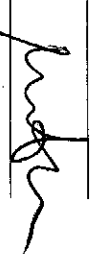


19 2 OTT 2017

Data _____

Il Referente del Comparto _____

Per la Direzione Strategica





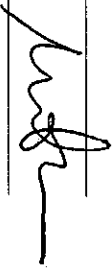
Num. Responsabili RSC	Descrizione Obiettivo	Indicatore	Valori	Valore S/M	Valore S/M
-----------------------	-----------------------	------------	--------	------------	------------

Non è possibile il raggiungimento parziale dell'obiettivo, se raggiunto sarà valutato con lo stesso peso individuato in fase di assegnazione altrimenti sarà valutato 0. Il rapporto fra la sommatoria dei pesi ottenuti in fase di verifica e la sommatoria dei pesi degli obiettivi assegnati formerà il livello di raggiungimento.

1	D	analisi delle situazioni organizzativa delle Unità operative inserite nel dipartimento funzionale alla presentazione di proposte operative per il raggiungimento di una performance ottimale	25	performance organizzativa	Invio di una relazione analitica per singola U.O. del Dipartimento contenente proposte operative per il raggiungimento di una performance ottimale	attestazione Direzione Generale
2	D	cronoprogramma delle attività da intraprendere nel medio lungo periodo per il raggiungimento di una performance ottimale	50	performance organizzativa	Invio cronoprogramma operativo	attestazione Direzione Generale
3	C	coordinamento degli incontri con i Responsabili di U.O. del Dipartimento.	25	capacità organizzative / comportamento organizzativo	n.incontri verbalizzati	attestazione Direzione Generale

Il Direttore U.O. 

Il Referente del Comparto _____

Per il Controllo di Gestione _____
Per la Direzione Strategica 

11 OTT 2017

Data _____

Num. Prospettiva BSC	Descrizione Obiettivo	PERIO	OB. GEN. MIF	Indicatore/i	Target	Verifica	Raggiunto (S/N)	NOTE
----------------------	-----------------------	-------	--------------	--------------	--------	----------	-----------------	------


Non è possibile il raggiungimento parziale dell'obiettivo, se raggiunto sarà valutato con lo stesso peso individuato in fase di assegnazione altrimenti sarà valutato 0. Il rapporto fra la sommatoria dei pesi ottenuti in fase di verifica e la sommatoria dei pesi degli obiettivi assegnati fornisce il livello di raggiungimento.

1	C Nuovo Regolamento disciplinare (adeguamento al D. Lgs. 75/2017)	10	Organizzativi	Proposta del nuovo Regolamento disciplinare		Attestazione Direzione Amministrativa		
2	D Formazione interna sull'orario di lavoro nel comparto sanità per Responsabili di Struttura, Coordinatori Sanitari e personale Area GRU	10	Apprendimento	Organizzazione corso di formazione interno		Attestazione Direzione Amministrativa		
3	D Obiettivo Dipartimentale: Collaborazione nell'avvio del processo di dematerializzazione relativo alle procedure concorsuali (concorsi, mobilità, avvisi pubblici)	10	Performance	Revisione bandi e avvisi pubblici per eliminare le comunicazioni personali ai candidati		Attestazione Direzione Dipartimentale della Gestione		
4	D Implementazione progetto di ricerca per lo sviluppo del personale sanitario in collaborazione con l'Università di Bari: "L'intelligenza emotiva e il lavoro. Assessment e Training per valutare e potenziare le skills di leadership e le abilità emotive del manager nelle professioni socio-sanitarie"	10	Innovazione	Attuazione progetto al personale dell'Istituto e presentazione risultati della ricerca		Attestazione Direzione Amministrativa		
5	C Rideterminazione dotazione organica	10	Organizzativi	Predisposizione delibera di approvazione della nuova dotazione organica		Attestazione Direzione Amministrativa		
6	C Fabbisogno del personale 2017-2019 e rimodulazione piano assunzioni 2017	10	Organizzativi	Predisposizione dell'atto di programmazione del fabbisogno triennale e del piano assunzioni 2017 rinvialato		Attestazione Direzione Amministrativa		
7	D Gestione passaggio del personale dirigente e del comparto proveniente dalla ASL di Bari	10	Performance	Predisposizione contratti individuali di lavoro e delibere di conferimento incarichi dirigenziali		Attestazione Direzione Amministrativa		
8	D Adempimenti connessi al monitoraggio della Performance Individuale del personale	10	Performance	Predisposizione report per il monitoraggio della valutazione individuale assegnata dal responsabile della Struttura		Attestazione Direzione Amministrativa		
9	C Collaborazione con la Direzione Scientifica per la raccolta della documentazione utile ai fini della rendicontazione dei progetti di ricerca	10	Organizzativi	Indicatori: N. Richieste effettuate/N. Richieste evase		Attestazione Direzione Scientifica e Direzione Amministrativa		
10	C Assolvimento del debito informativo regionale e ministeriale per le materie di competenza	10	Organizzativi	Attestazione di adempimento dagli obblighi informativi		Attestazione Direzione Amministrativa		

PROSPETTIVA BSC: A - UFFICIO, B - ECONOMICO FINANZIARIO, C - INTERNI ORGANIZZATIVI, D - PERFORMANCE, INNOVATION E APPRENDIMENTO

CONCORDATI IN DATA
IL RAGGIUNGIMENTO DI TUTTI GLI OBIETTIVI RIGUARDANO L'INTERA EQUIPE.
IL DIRETTORE DELLA U.O. SI IMPEGNA A COMUNICARE E DISCUTERE GLI OBIETTIVI CON L'INTERA EQUIPE (DIRIGENZA E COMPARTO) E DEFINIRE IL PIANO OPERATIVO

Il Direttore U.O. 
 Il Referente del Comparto _____

Per il Controllo di Gestione
 Per la Direzione Strategica 

30 OTT 2017

All. 1