

ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II"
ISTITUTO DI RICOVERO E CURA
A CARATTERE SCIENTIFICO
VIALE O. FLACCO N. 65
70124 BARI

Deliberazione del Direttore Generale

n. 549 del registro

OGGETTO: Integrazione obiettivi anno 2015 e assegnazione obiettivi 2016 - Provvedimenti

L'anno **2015**, il giorno **SEDICI** del mese di **OTTOBRE** in Bari, nella sede dell'Istituto Tumori "Giovanni Paolo II", già Ospedale Oncologico,

IL DIRETTORE GENERALE

Visto il D.Lgs. 30.12.1992 n. 502 e successive integrazioni e modificazioni;

Visto il D.Lgs. 16.10.2003 n. 288 così come modificato dalla sentenza della Corte

Costituzionale n. 270 del 23.6.2005;

Vista la deliberazione della Giunta Regionale n. 1308 del 26/06/2012

Vista la deliberazione del Consiglio di Indirizzo e Verifica n. 1 del 01.08.2012

sulla base della istruttoria e della proposta dell'Area Gestione Risorse Finanziarie e Controllo di Gestione

HA ADOTTATO

Il seguente provvedimento.

Premesso che

- con Deliberazione del Direttore Generale n. 627/2014 avente ad oggetto "*Integrazione obiettivi anno 2014 e assegnazione obiettivi 2015 - Provvedimenti*" sono stati integrati gli obiettivi per l'anno 2014, estendendoli anche all'anno 2015 nelle more della ricontrattazione;
- con Deliberazione del Direttore Generale n. 612/2014 ad oggetto "Bilancio preventivo economico 2015 e Bilancio pluriennale di previsione 2015-2017" è stato approvato il bilancio preventivo economico 2015;

- con nota prot n. 14040 del 14 luglio 2015 il Consiglio di Indirizzo e Verifica ha trasmesso alla Direzione Generale gli obiettivi gestionali che la stessa dovrà perseguire nell'anno 2015;
- con nota prot n. 15001 del 29 luglio 2015 avente ad oggetto “*Conferma obiettivi 2015 – Comunicazioni*” il Direttore Generale ha trasmesso a tutti i Direttori di SC e Responsabili di SSD e SS la nota prot n. 14040/2015, comunicando che gli obiettivi relativi all'anno 2015, già confermati con Deliberazione n. 627/2014, saranno interconnessi con gli obiettivi assegnati dal CIV;
- la Direzione Generale ha provveduto ad effettuare la negoziazione degli obiettivi, integrando quelli già assegnati per l'anno 2015 con la richiamata Deliberazione DG n. 627/2014, in coerenza con la normativa vigente e con gli obiettivi assegnati dal Consiglio di Indirizzo e Verifica secondo le modalità previste dalla D.G.R. n. 3009 del 27/12/2012;
- il Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro della Dirigenza del SSN:
 - dispone che le Aziende e gli Enti utilizzano strumenti di monitoraggio e valutazione dei costi, dei rendimenti e dei risultati, in relazione ai programmi ed obiettivi da perseguire, correlandoli alle risorse umane, finanziarie e strumentali effettivamente disponibili;
 - prevede la costituzione degli organismi preposti alla verifica ed alla valutazione delle attività dei dirigenti;

Rilevato che

- nell'ambito di incontri di negoziazione tra i Direttori delle Unità Operative e la Direzione Aziendale, tenutisi nelle giornate del 23-28 settembre 2015 e dell'8-13-14 ottobre 2015, sono stati integrati gli obiettivi per l'anno 2015 per singola Unità Operativa con autonomia di budget Sanitaria e PTA, estendendoli all'anno 2016, nelle more della ricontrattazione;
- i Responsabili della SC Otorinolaringoiatria e Chirurgia Cervico-Maxillo-Facciale e della SSD Oncologica Medica ad indirizzo Sperimentale hanno chiesto un secondo incontro, tenutosi rispettivamente nelle giornate del 13 e 14 ottobre 2015;
- gli obiettivi sono stati distinti tra obiettivi per la Dirigenza ed obiettivi per il Comparto, al fine di favorire una più corretta valutazione del contributo di ciascun dipendente al raggiungimento degli obiettivi stessi;
- gli obiettivi sono stati condivisi e sottoscritti per accettazione dai responsabili delle UU.OO. riportando a margine della scheda riepilogativa eventuali dichiarazioni a verbale;

Precisato che in tali riunioni è stato chiesto a tutti i Responsabili di condividere gli obiettivi assegnati con tutto il personale in forza presso le proprie UU.OO., formalizzando l'incontro con apposito verbale;

Vista la deliberazione n. 40 del 4 ottobre 2012 avente ad oggetto: “*Nomina dell'Organismo Indipendente di Valutazione delle Performance - OIV. Provvedimenti*”;

Vista la Deliberazione n. 43 del 20/01/2015 avente ad oggetto “*Approvazione in via definitiva del Regolamento Aziendale “Sistema di misurazione e valutazione della performance organizzativa e individuale*”;

Stabilito, pertanto, di procedere alla formalizzazione in atti dell'integrazione degli obiettivi per l'anno 2015, riconfermandoli per l'anno 2016 nelle more della ricontrattazione, che verrà effettuata alla luce degli obiettivi gestionali che il Consiglio di Indirizzo e Verifica assegnerà alla Direzione Generale per l'anno 2016;

Sentito il parere favorevole del Direttore Amministrativo, del Direttore Sanitario e del Direttore Scientifico;

DELIBERA

1. di approvare le schede riepilogative degli obiettivi per l'anno 2015 concordate nell'ambito degli incontri di negoziazione con i Direttori delle seguenti Unità Operative con autonomia di budget, Sanitarie e PTA, allegate e parte integrante del presente provvedimento:
 - SC Anestesia e Rianimazione e TIPO
 - SC Chirurgia Generale Apparato Digerente
 - SC Ematologia

- SC Oncologia Medica
 - SC Otorinolaringoiatria e Chirurgia Cervico-Maxillo-Facciale
 - SC Radiodiagnostica per Immagini ed Interventistica
 - SSD Anatomia Patologica e Citodiagnostica
 - SSD Cardiologia
 - SSD Chirurgia Generale Indirizzo Senologico
 - SSD Chirurgia Plastica e ricostruttiva
 - SSD Fisica Sanitaria
 - SSD Gastroenterologia - Endoscopia Digestiva
 - SSD Ginecologia Oncologica
 - SSD Oncologia Medica a indirizzo Sperimentale
 - SSD Patologia Clinica e Sperimentale
 - SSD Radiodiagnostica Senologica
 - SSD Radioterapia e Radiochirurgia Stereotassica
 - SS Radiodiagnostica Avanzata
 - SC Statistica ed Epidemiologia
 - SSD Direzione Medica di Presidio
 - SC Farmacia e UMACA
 - SS Formazione, qualità e Risk management
 - SC Area Gestione Patrimonio
 - SC Area Gestione Risorse Finanziarie e Controllo di Gestione
 - SC Area Gestione Risorse Umane
 - SC Area Gestione Tecnica
 - SS Struttura Burocratico Legale, Affari Generali e Privacy e staff di Direzione
 - Direzione Scientifica
2. di confermare gli obiettivi così definiti per l'anno 2016, nelle more della ricontrattazione che verrà effettuata alla luce degli obiettivi gestionali che il Consiglio di Indirizzo e Verifica assegnerà alla Direzione Generale per l'anno 2016;
 3. di precisare che negli incontri di negoziazione degli obiettivi è stato chiesto a tutti i Responsabili di condividere gli obiettivi assegnati con tutto il personale in forza presso le proprie UU.OO., formalizzando l'incontro con apposito verbale;
 4. di inviare il presente atto alla segreteria del Collegio Sindacale, al CIV ed all'OIV;
 5. di conferire la immediata esecutività al presente provvedimento che sarà pubblicato nel sito Web dell'Istituto e trasmesso al Collegio Sindacale.

La sottoscritta attesta che il procedimento istruttorio è stato espletato nel rispetto della normativa regionale e nazionale e che il presente provvedimento, predisposto ai fini dell'adozione dell'atto finale da parte del Direttore Generale, è conforme alle risultanze istruttorie.

Il Direttore Area Gestione Risorse Finanziarie e
Controllo di Gestione

f.to: Dr.ssa Tiziana Dimatteo

Letto, approvato e sottoscritto

IL DIRETTORE SCIENTIFICO
f.to: Prof. Giampietro Gasparini

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
f.to: Dott. Umberto Simonetti

IL DIRETTORE SANITARIO
f.to: Dott.ssa Maria Pia Trisorio Liuzzi

IL DIRETTORE GENERALE
f.to: Prof. Antonio Quaranta

Per copia conforme all'originale per uso amministrativo composta da n° _____ pagine e n° _____ fog li.

Il Segretario

Bari, _____

ANNOTAZIONI CONTABILI

Il Dirigente

ATTESTAZIONE DI AVVENUTA PUBBLICAZIONE

Si certifica che il presente provvedimento è stato pubblicato sul sito web dell'Istituto Tumori "Giovanni Paolo II"

Dal **16.10.2015** al **in corso**

Bari, **16.10.2015**

Il Responsabile del Procedimento
l'Assistente Amministrativo
f.to: Francesco Lopopolo

UOC Anestesia e Terapia Intensiva Post Chir.

Dott. Francesco Armenise

OBIETTIVI ECONOMICI (valore max 20)		Obiettivo 2014		Obiettivi 2015-2016		
		Valore	Raggiunto nel 2014	Obiettivo Dirigenti	Obiettivo Comparto	Indicatore ed Ufficio di verifica
1	Incremento del valore della produzione ambulatoriale per la Terapia del dolore ed ambulatorio gestione CVC di almeno il 15% rispetto all'anno precedente, a parità di risorse assegnate	10%	10%	10%	5%	Indicatore: % incremento prestazioni esterne; Ufficio di verifica: SS Controllo di Gestione
	Riduzione del valore economico delle rimanenze di reparto di almeno il 30% rispetto all'anno precedente	10%	10,0%			
2	<i>Rispetto delle procedure individuate dalla SC Farmacia finalizzate alla ottimizzazione della gestione delle rimanenze di reparto (Obiettivo CIV anno 2015)</i>			5%	5%	Indicatore: Report semestrale rimanenze di reparto e n. moduli scaduti inversamente proporzionale al raggiungimento; Ufficio di verifica: SC Farmacia
3	<i>Ottimizzazione dell'uso delle risorse assegnate attraverso l'organizzazione che consenta il rispetto delle ore di straordinario di budget assegnate</i>			5%	10%	Indicatore: differenza ore effettive- ore budget<=0; Ufficio di verifica: SC AGRU
OBIETTIVI SANITARI E ORGANIZZATIVI (valore max 40)		Valore	Raggiunto nel 2014	Obiettivo Dirigenti	Obiettivo Comparto	Indicatore ed Ufficio di verifica
4	Utilizzo del software di sala operatoria, della cartella anestesiológica e della cartelle clinica, ambulatoriale ed infermieristica informatizzata	5%	N.V.	10%	10%	Indicatore: rapporto % tra n. cartelle anestesiológicas e n. interventi, n. cartelle ambulatoriali e n. prestazioni ambulatoriali; Ufficio di verifica: SSD Direzione Medica di Presidio
	Attivazione delle procedure di prericovero centralizzato per intervento chirurgico	5%	N.V.			
	Attivazione ambulatorio CVC	2,5%	2,5%			
	Attivazione della accettazione e prenotazione periferica delle prestazioni ambulatoriali. (Obiettivo CIV anno 2014)	2,5%	2,5%			
5	<i>Prosecuzione delle attività di accettazione e prenotazione periferica delle prestazioni ambulatoriali.</i>			0,0%	5%	Indicatore: n. prestazione ambulatoriali esterne accettate dal reparto rispetto al n. di prestazioni accettate totali; Ufficio di verifica: SC UOSE
6	Inizio del tempo chirurgico non oltre le 8.40 , rispetto dei tempi inter intervento non superiori a 30 minuti e corretta programmazione delle sedute operatorie	15%	7,5%	15%	10%	Indicatore: n. interventi che rispettano la tempistica dell'obiettivo sul n. totale- Registro di sala operatoria; Ufficio di Verifica: SSD Direzione Medica di Presidio
7	Utilizzo della posta pneumatica	2,5%	2,5%	0%	10%	Indicatore: Effettivo utilizzo registrato dal sistema informatizzato; Ufficio di verifica: SC Area Tecnica
	Avvio percorsi integrati, con costituzione di appositi teams multidisciplinari. (Obiettivo CIV anno 2014)	2,5%	2,5%			
8	<i>Monitoraggio della percentuale dei pazienti trattati in teams multidisciplinari al fine di giungere ad una valutazione multidisciplinare in almeno il 50% dei pazienti ricoverati a partire dal 1 settembre 2015 al 31 dicembre 2015 - (Obiettivo CIV anno 2015)</i>			5%	0%	Indicatore: il n. di schede/ricoveri trattati in team rispetto al n. ricoveri totali; Ufficio di verifica: SSD Direzione Medica di Presidio
	Collaborazione all'adeguamento/completamento del sito web con offerta dettagliata dei percorsi integrati garantiti dalla struttura. (Obiettivo CIV anno 2014)	2,5%	2,5%			
	Collaborazione alle attività propedeutiche all'avvio TIPO, compatibilmente con la disponibilità di risorse da utilizzarsi per l'acquisizione del relativo personale (Obiettivo CIV anno 2014)	2,5%	N.V.			
9	<i>Prosecuzione dell'attività finalizzata all'apertura della TIPO entro il 31/12/2016 - (Obiettivo CIV anno 2015)</i>			5%	0%	Indicatore: Relazione tecnica in ordine alla attivazione della TIPO con riferimento al fabbisogno di risorse umane, strumentali e tecnologiche e relativo cronoprogramma; Ufficio di verifica: SSD Direzione Medica di Presidio

**OBIETTIVI
2015-2016**

n 1

UOC Anestesia e Terapia Intensiva Post Chir.

Dott. Francesco Armenise

		Obiettivo 2014		Obiettivi 2015-2016		
10	<i>Collaborazione attiva nella realizzazione degli adempimenti previsti dal D.Lgs .81/08 e s.m.i.</i>			5%	5%	Indicatore: n. richieste evase positivamente/ n. richieste pervenute; Ufficio di verifica: Servizio Prevenzione e Protezione
OBIETTIVO DI QUALITA' (valore max 10)		Valore	Raggiunto nel 2014	Obiettivo Dirigenti	Obiettivo Comparto	Indicatore ed Ufficio di verifica
11	Almeno un audit clinico <i>e/o organizzativo</i> al mese	2,5%	0,0%	2,5%	0%	Indicatore: N. verbali protocollati Audit clinici; Ufficio di verifica: SS Qualità e Risk management
12	Utilizzo della check list di sala operatoria	2,5%	2,0%	5%	5%	Indicatore: n. check list rispetto al n. interventi; Ufficio di verifica: SS Qualità e Risk management
	Collaborazione attiva alla certificazione ISO9001 e/o dell'accreditamento OECI delle attività cliniche, scientifiche ed amministrative dell'Istituto	5%	5,0%			
13	<i>Collaborazione attiva alle attività propedeutiche alla verifica del Ministero della Salute per il riconoscimento del carattere scientifico di IRCCS</i>			2,5%	5%	Indicatore: Aggiornamento relazione per la conferma del carattere scientifico per quanto di competenza; Ufficio di verifica: Direzione Scientifica
OBIETTIVI SCIENTIFICI (valore max 30)		Valore	Raggiunto nel 2014	Obiettivo Dirigenti	Obiettivo Comparto	Indicatore ed Ufficio di verifica
14	<i>Collaborazione all'attività scientifica traslazionale</i>			0%	30%	Indicatore: Attestazione Responsabile U.O.; Ufficio di verifica: Direzione Scientifica
15	Almeno 1 lavoro scientifico pubblicato o in via di pubblicazione su riviste con $IF >= 2.5$ in cui il primo/ultimo autore fa parte della U.O.	20%	20%	20%	0%	Indicatore: N. lavori pubblicati con IF con primo/ultimo nome; Ufficio di verifica: Direzione Scientifica
16	Almeno n.2 richieste di finanziamento per progetti di ricerca inviate ad enti pubblici e privati, escluso il Ministero della Salute	10%	5%	10%	0%	Indicatore: N. richieste di finanziamento acquisite con protocollo generale; Ufficio di verifica: Direzione Scientifica
TOTALE		100%	$\frac{72}{87,5} \times 100 =$ 82,29%	100%	100%	

I presenti obiettivi si intendono riconfermati anche per l'anno 2016 nelle more della ricontrattazione

Bari, 28/09/2015

LEGENDA:

Obiettivi raggiunti nel 2014 non confermati per gli anni 2015-2016

Nota: Le integrazioni degli obiettivi 2015 sono riportate in corsivo e si intendono valide dalla data di sottoscrizione

Il Responsabile F.F. UOC

F. to Dr. Francesco Armenise

Annotazioni a verbale dell'incontro del 28/09/2015:

Il Dott. Armenise relativamente all'obiettivo n. 6 chiede di sostituire l'inizio del tempo chirurgico dalla 8.30 alle 8.45. La Direzione Strategica accetta la modifica dell'inizio del tempo chirurgico alle 8.40.

**OBIETTIVI
2015-2016**

SC Chirurgia Generale Apparato Digerente

Dott. Cosimo Caliendo

n. 2

		Obiettivo 2014		Obiettivi 2015-2016		
OBIETTIVI ECONOMICI (valore max 20)		Valore	Raggiunto nel 2014	Obiettivo Dirigenti	Obiettivo Comparto	Indicatore ed Ufficio di verifica
1	Incremento del valore della produzione di almeno il 15% nel primo semestre 2015 e nell'anno 2016 rispetto all'anno precedente, a parità di risorse assegnate (personale, posti letto ecc..)	10%	10%	10%		Indicatore: % incremento valore RO+DH+Prestazioni esterne e interne 2015-2014; Ufficio di verifica: SS Controllo di Gestione
2	Decremento dei costi per consumi di beni sanitari rispetto all'anno precedente, in rapporto ai volumi di produzione, anche attraverso il completo utilizzo dei fondi di ricerca corrente e finalizzata a tal fine destinati	10%	10%	5%		Indicatore: (RO+DH+Prestazioni esterne e interne)/(Consumi sanitari - File F- acquisti con fondi ricerca) 2015 - 2014 - Ufficio di verifica: SS Controllo di Gestione
3	<i>Ottimizzazione dell'uso delle risorse assegnate attraverso l'organizzazione che consenta il rispetto delle ore di straordinario di budget assegnate a partire da ottobre 2015</i>			5%	20%	Indicatore: differenza ore effettive - ore budget<=0; Ufficio di verifica: SC AGRU
OBIETTIVI SANITARI E ORGANIZZATIVI (valore max 40)		Valore	Raggiunto nel 2014	Obiettivo Dirigenti	Obiettivo Comparto	Indicatore ed Ufficio di verifica
4	Non superamento del valore soglia previsto dalla Regione per i DRG ad elevato rischio di inappropriatazza e per la durata di ricovero. <i>Appropriatezza del setting assistenziale</i>	2,5%	2,5%	5%	0%	Indicatore: n. DRG a rischio inappropriatazza=0 - n. ricoveri oltre soglia=0 - n. ricoveri inappropriati secondo il MAAP=0; Ufficio di verifica: SC UOSE
5	Utilizzo corrente della cartella clinica, ambulatoriale ed infermieristica informatizzata	2,5%	N.V.	5%	10%	Indicatore: rapporto % tra n. cartelle anestesiolgiche e n. interventi, n. cartelle ambulatoriali e n. prestazioni ambulatoriali, n. cartelle cliniche/infermieristiche e n. ricoveri; Ufficio di verifica: SSD Direzione Medica di Presidio
	Attivazione delle procedure di prericovero centralizzato per intervento chirurgico	5%	N.V.			
	Tempi di attesa per le prestazioni diagnostiche non superiori a 10 giorni e prestazioni terapeutiche non superiore a 30 giorni per i pazienti con patologia oncologica sospetta o diagnosticata	5%	5%			
6	<i>Adeguamento alle linee guida nazionali delle liste di attesa dei pazienti oncologici (Obiettivo CIV anno 2015)</i>			5%	0%	Indicatore: n. pazienti in lista oltre soglia=0; Ufficio di verifica: SC UOSE
	Attivazione della accettazione e prenotazione periferica delle prestazioni ambulatoriali. (Obiettivo CIV anno 2014)	5%	5%			
7	<i>Prosecuzione delle attività di accettazione e prenotazione periferica delle prestazioni ambulatoriali.</i>				10%	Indicatore: n. prestazione ambulatoriali esterne accettate dal reparto rispetto al n. di prestazioni accettate totali; Ufficio di verifica: SC UOSE
8	Inizio del tempo chirurgico non oltre le 8.40, rispetto dei tempi inter intervento non superiori a 30 minuti e corretta programmazione delle sedute operatorie	5%	2,5%	10%	10%	Indicatore: n. interventi che rispettano la tempistica dell'obiettivo sul n. totale- Registro di sala operatoria; Ufficio di Verifica: SSD Direzione Medica di Presidio
	Articolazione dell'orario di lavoro 8.00-14.00 - 14.00- 20.00 dal lunedì al venerdì e 8.00 - 14.00 sabato	2,5%	2,5%			
9	Utilizzo della posta pneumatica	2,5%	2,5%		5%	Indicatore: Effettivo utilizzo registrato dal sistema informatizzato; Ufficio di verifica: SC Area Tecnica
	Avvio percorsi integrati, con costituzione di appositi teams multidisciplinari. (Obiettivo CIV anno 2014)	5%	5%			
10	<i>Monitoraggio della percentuale dei pazienti trattati in teams multidisciplinari al fine di giungere ad una valutazione multidisciplinare in almeno il 50% dei pazienti ricoverati a partire dal 1 settembre 2015 al 31 dicembre 2015 - (Obiettivo CIV anno 2015)</i>			5%	0%	Indicatore: il n. di schede/ricoveri trattati in team rispetto al n. ricoveri totali; Ufficio di verifica: SSD Direzione Medica di Presidio
	Collaborazione all'adeguamento/completamento del sito web con offerta dettagliata dei percorsi integrati garantiti dalla struttura. (Obiettivo CIV anno 2014)	5%	5%			
11	<i>Incremento dell'attività laparoscopica</i>			5%		Indicatore: n. interventi in laparoscopia rispetto all'anno precedente; Ufficio di verifica: Servizio Prevenzione e Protezione
12	<i>Collaborazione attiva nella realizzazione degli adempimenti previsti dal D.Lgs .81/08 e s.m.i.</i>			5%	5%	Indicatore: n. richieste evase positivamente/ n. richieste pervenute; Ufficio di verifica: Servizio Prevenzione e Protezione

**OBIETTIVI
2015-2016**

SC Chirurgia Generale Apparato Digerente

Dott. Cosimo Caliendo

n. 2

		Obiettivo 2014		Obiettivi 2015-2016		
OBIETTIVO DI QUALITA' (valore max 10)		Valore	Raggiunto nel 2014	Obiettivo Dirigenti	Obiettivo Comparto	Indicatore ed Ufficio di verifica
13	Almeno un audit clinico <i>e/o organizzativo</i> al mese	2,5%	2,5%	2,5%	0%	Indicatore: N. verbali protocollati Audit clinici; Ufficio di verifica: SS Qualità e Risk management
14	Utilizzo della check list di sala operatoria	2,5%	0%	2,5%	5%	Indicatore: n. check list rispetto al n. interventi; Ufficio di verifica: SS Qualità e Risk management
	Collaborazione attiva alla certificazione ISO9001 e/o dell'accreditamento OECEI delle attività cliniche, scientifiche ed amministrative dell'Istituto	5%	5,0%			
15	<i>Collaborazione attiva alle attività propedeutiche alla verifica del Ministero della Salute per il riconoscimento del carattere scientifico di IRCCS</i>			5%	5%	Indicatore: Aggiornamento relazione per la conferma del carattere scientifico per quanto di competenza; Ufficio di verifica: Direzione Scientifica
OBIETTIVI SCIENTIFICI (valore max 30)		Valore	Raggiunto nel 2014	Obiettivo Dirigenti	Obiettivo Comparto	Indicatore ed Ufficio di verifica
16	<i>Collaborazione all'attività scientifica traslazionale</i>				30%	Indicatore: Attestazione Responsabile U.O.; Ufficio di verifica: Direzione Scientifica
17	<i>Avvio delle attività relative ai progetti di cui alla Deliberazione DG n. 355 del 15 giugno 2015 (Chirurgia robotica e laparoscopica) (Obiettivo CIV anno 2015)</i>			5%	0%	Indicatore: Relazione tecnica con relativo cronoprogramma relativo alle fasi di attivazione con particolare riferimento alle risorse necessarie ed agli atti amministrativo propedeutici; Ufficio di verifica: SSD Direzione Medica di Presidio
18	Almeno n. 1 lavoro scientifico nell'anno 2015 con IF e n. 2 lavori scientifici nel 2016 con IF totale ≥ 2.5 in cui il primo/ultimo autore fa parte della U.O.	20%	4%	15%	0%	Indicatore: N. lavori pubblicati con IF con primo/ultimo nome; Ufficio di verifica: Direzione Scientifica
19	Almeno n. 2 richieste di finanziamento per progetti di ricerca inviate ad enti pubblici e privati, escluso il Ministero della Salute	10%	10%	10%	0%	Indicatore: N. richieste di finanziamento acquisite con protocollo generale; Ufficio di verifica: Direzione Scientifica
TOTALE		100%	$71,5/92,5 \times 100 =$ 77,30%	100%	100%	

I presenti obiettivi si intendono riconfermati anche per l'anno 2016 nelle more della ricontrattazione

Bari, 08/10/2015
Il Responsabile F.F.
F.to Dott. Cosimo Caliendo

LEGENDA:

Obiettivi raggiunti nel 2014 non confermati per gli anni 2015-2016

Nota: Le integrazioni degli obiettivi 2015 sono riportate in corsivo e si intendono valide dalla data di sottoscrizione

Annotazioni a verbale dell'incontro del 08/10/2015:

Il Dott. Caliendo consegna una nota, che viene acquisita a verbale, con la quale chiede di procrastinare l'incontro ad una data successiva all'insediamento del nuovo Direttore. La Direzione Strategica propone di considerare la sottoscrizione del Dott. Caliendo valida solo per gli obiettivi 2015 mentre per l'anno 2016 gli obiettivi verranno sottoposti alla firma del nuovo Direttore, che attualmente non ha ancora preso servizio. La proposta della Direzione viene accettata dal Dott. Caliendo.

OSPEDALE ONCOLOGICO
ISTITUTO DI RICOVERO E CURA
A CARATTERE SCIENTIFICO
70126 BARI- Via Amendola 209 - Tel. 080/5555111

U.O. DI CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE
DIRETTORE F.F. Dr. Cosimo Caliandro

Bari 28/09/2015

Direttore Generale
Prof. A. Quaranta

Direttore Sanitario
Dott.ssa M.P. Trisorio Liuzzi

Direttore Scientifico
Prof. G. Gasparini

Direttore Amministrativo
Dott. U. Simonetti

Direttore A.G.R.U.
Dott.ssa T. Di Matteo

Oggetto: dichiarazione personale preliminare alla negoziazione degli obiettivi 2015-16.

Prima di affrontare nel merito la negoziazione degli obiettivi 2015-16, ritengo necessario chiarire in via preliminare un aspetto formale importante.

Io sono il Dirigente Medico designato dal Direttore Generale come sostituto del Direttore secondo l'art. 18 del C.C.N.L. dell'area di Dirigenza Medica (giusta delibera n. 59 del 29/1/2015 e successiva integrazione n. 172 del 13/3/2015), in carica fino all'insediamento del nuovo Direttore della C.A.D.

Che io sappia il neo Direttore, dopo la sua nomina, ha accettato l'incarico, ha dato il preavviso di licenziamento alla sua Azienda e in tempi brevi, i più brevi possibili, mi ha assicurato, prenderà servizio presso codesto Istituto.

Ritengo quindi per motivi di correttezza istituzionale, nonché per opportunità gestionale, non potendo garantire il raggiungimento degli stessi obiettivi per il 2015 e 2016, vi chiedo di voler procrastinare il presente incontro ad una data successiva all'insediamento del neo Direttore o, in subordine, di negoziare in questa sede gli obiettivi, salvo poi sottoscriverli dopo gli opportuni incontri di condivisione con il comparto e con il Direttore.

Dr. Cosimo Caliandro



Dirigenti Medici:
Dr. Cosimo Caliandro
Dr. Raffaele De Luca
Dr. Rocco Lomonaco
Dr. Antonello Rucci
Dr. Eustachio Ruggieri

Stanza medici:
Tel.: 080/5555526

Capo Sala:
Dr. Vito Cillfresè
Tel.: 080/5555517
Medicheria 080/5555508

**OBIETTIVI
2015-2016**

SC Ematologia

Dott. Attilio Guarini

N. 3

OBIETTIVI ECONOMICI (valore max 20)		Obiettivo 2014		Obiettivo 2015-2016		Indicatore ed Ufficio di verifica
		Valore	Raggiunto nel 2014	Obiettivo Dirigenti	Obiettivo Comparto	
1	Incremento del valore della produzione di almeno il 15% rispetto all'anno precedente, a parità di risorse assegnate (personale, posti letto ecc..)	10%	0%	10%		Indicatore: % incremento valore RO+DH+Prestazioni esterne e interne 2015-2014; Ufficio di verifica: SS Controllo di Gestione
2	Decremento dei costi per consumi di beni sanitari rispetto all'anno precedente, in rapporto ai volumi di produzione, anche attraverso il completo utilizzo dei fondi di ricerca corrente e finalizzata a tal fine destinati	10%	10%	5%		Indicatore: (RO+DH+Prestazioni esterne e interne)/(Consumi sanitari - File F- acquisti con fondi ricerca) 2015 - 2014 - Ufficio di verifica: SS Controllo di Gestione
3	<i>Ottimizzazione dell'uso delle risorse assegnate attraverso l'organizzazione che consenta il rispetto delle ore di straordinario di budget assegnate</i>			5%	20%	Indicatore: differenza ore effettive- ore budget<=0; Ufficio di verifica: SC AGRU

OBIETTIVI SANITARI E ORGANIZZATIVI (valore max 40)		Obiettivo 2014		Obiettivo 2015-2016		Indicatore ed Ufficio di verifica
		Valore	Raggiunto nel 2014	Obiettivo Dirigenti	Obiettivo Comparto	
4	Non superamento del valore soglia previsto dalla Regione per i DRG ad elevato rischio di inappropriatazza e per la durata di ricovero. <i>Appropriatezza del setting assistenziale</i>	5%	0%	10%	0%	Indicatore: n. DRG a rischio inappropriatazza=0 ; n. ricoveri oltre soglia=0; n. ricoveri inappropriati secondo il MAAP=0; Ufficio di verifica: SC UOSE
5	Utilizzo corrente della cartella clinica, ambulatoriale ed infermieristica informatizzata	5%	5%	5%	10%	Indicatore: rapporto % tra n. cartelle anestesologiche e n. interventi, n. cartelle ambulatoriali e n. prestazioni ambulatoriali, n. cartelle cliniche/infermieristiche e n. ricoveri; Ufficio di verifica: SSD Direzione Medica di Presidio
	Avvio camera sterile e trapianto cellule staminali (Obiettivo CIV anno 2014)	5%	5%			
6	<i>Incremento delle attività di trapianto delle cellule staminali</i>			5%	5%	Indicatore: % incremento trapianti 2014-2015; Ufficio di verifica: SC UOSE
	Tempi di attesa per le prestazioni diagnostiche non superiori a 10 giorni e prestazioni terapeutiche non superiore a 30 giorni per i pazienti con patologia oncologica sospetta o diagnosticata	5%	5%			
7	<i>Adeguamento alle linee guida nazionali delle liste di attesa dei pazienti oncologici (Obiettivo CIV anno 2015)</i>			5%	0%	Indicatore: n. pazienti in lista oltre soglia=0; Ufficio di verifica: SC UOSE
8	Attivazione della accettazione e prenotazione periferica delle prestazioni ambulatoriali.	5%	N.V		5%	Indicatore: n. prestazione ambulatoriali esterne accettate dal reparto rispetto al n. di prestazioni accettate totali; Ufficio di verifica: SC UOSE
9	Utilizzo della posta pneumatica	5%	5%		5%	Indicatore: Effettivo utilizzo registrato dal sistema informatizzato; Ufficio di verifica: SC Area Tecnica
	Avvio percorsi integrati, con costituzione di appositi teams multidisciplinari. (Obiettivo CIV anno 2014)	5%	5%			
10	<i>Monitoraggio della percentuale dei pazienti trattati in teams multidisciplinari al fine di giungere ad una valutazione multidisciplinare in almeno il 50% dei pazienti ricoverati a partire dal 1 settembre 2015 al 31 dicembre 2015 - (Obiettivo CIV anno 2015)</i>			2,5%	0%	Indicatore: il n. di schede/ricoveri trattati in team rispetto al n. ricoveri totali; Ufficio di verifica: SSD Direzione Medica di Presidio
	Collaborazione all'adeguamento/completamento del sito web con offerta dettagliata dei percorsi integrati garantiti dalla struttura. (Obiettivo CIV anno 2014)	5%	5%			

OBIETTIVI
2015-2016

SC Ematologia

Dott. Attilio Guarini

		Obiettivo 2014		Obiettivo 2015-2016		N. 3
11	Proposta modello organizzativo della attività ambulatoriale finalizzato ad un miglioramento dell'offerta assistenziale			2,5%	5%	Indicatore: Relazione modello organizzativo; Ufficio di verifica: SSD Direzione Medica di Presidio
12	Monitoraggio dell'erogazione dei farmaci soggetti a registrazione AIFA in regime di ricovero ordinario, Day Hospital ed ambulatoriale e compilazione delle schede AIFA contesuale alla erogazione da parte del medico prescrittore			5,0%	0%	Indicatore: n. Schede AIFA compilate/ totale farmaci erogati sottoposti a monitoraggio; Ufficio di verifica: SC Farmacia
13	Collaborazione attiva nella realizzazione degli adempimenti previsti dal D.Lgs .81/08 e s.m.i.			5,0%	10%	Indicatore: n. richieste evase positivamente/ n. richieste pervenute; Ufficio di verifica: Servizio Prevenzione e Protezione
OBIETTIVO DI QUALITA' (valore max 10)		Valore	Raggiunto nel 2014	Obiettivo Dirigenti	Obiettivo Comparto	Indicatore ed Ufficio di verifica
14	Almeno un audit clinico e/o organizzativo al mese	5%	5%	5%	5%	Indicatore: N. verbali protocollati Audit clinici; Ufficio di verifica: SS Qualità e Risk management
	Collaborazione attiva alla certificazione ISO9001 e/o dell'accREDITAMENTO OECE delle attività cliniche, scientifiche ed amministrative dell'Istituto	5%	5,0%			
15	Collaborazione attiva alle attività propedeutiche alla verifica del Ministero della Salute per il riconoscimento del carattere scientifico di IRCCS			5%	5%	Indicatore: Aggiornamento relazione per la conferma del carattere scientifico per quanto di competenza; Ufficio di verifica: Direzione Scientifica
OBIETTIVI SCIENTIFICI (valore max 30)		Valore	Raggiunto nel 2014	Obiettivo Dirigenti	Obiettivo Comparto	Indicatore ed Ufficio di verifica
16	Collaborazione all'attività scientifica traslazionale				30%	Indicatore: Attestazione Responsabile U.O.; Ufficio di verifica: Direzione Scientifica
17	Avvio delle attività relative ai progetti di cui alla Deliberazione DG n. 355 del 15 giugno 2015 (Terapia Cellulare e immuno-oncologia) - (Obiettivo CIV anno 2015)			5%	0%	Indicatore: Relazione tecnica con relativo cronoprogramma relativo alle fasi di attivazione con particolare riferimento alle risorse necessarie ed agli atti amministrativo propedeutici; Ufficio di verifica: SSD Direzione Medica di Presidio
18	Almeno n.4 lavori scientifici nel 2015 e n. 6 lavori scientifici nel 2016 con IF totale >= 15 nel 2015 e IF totale >= 30 nel 2016 in cui il primo/ultimo autore fa parte della U.O.	20%	20%	15%	0%	Indicatore: N. lavori pubblicati con IF con primo/ultimo nome; Ufficio di verifica: Direzione Scientifica
19	Almeno n.3 richieste di finanziamento per progetti di ricerca inviate ad enti pubblici e privati, escluso il Ministero della Salute	10%	10%	10%	0%	Indicatore: N. richieste di finanziamento acquisite con protocollo generale; Ufficio di verifica: Direzione Scientifica
TOTALE		100%	84,21%	100%	100%	

Bari, 28/09/2015
Il Responsabile SC
F.to Dr. Attilio Guarini

I presenti obiettivi si intendono riconfermati anche per l'anno 2016 nelle more della ricontrattazione

LEGENDA:

Obiettivi raggiunti nel 2014 non confermati per gli anni 2015-2016

Nota: Le integrazioni degli obiettivi 2015 sono riportate in corsivo e si intendono valide dalla data di sottoscrizione

OBIETTIVI
2015-2016

SC Oncologia Medica

Dott. Vito Lorusso

		Obiettivo 2014		Obiettivo 2015-2016		n. 4
OBIETTIVI ECONOMICI (valore max 20)		Valore	Raggiunto nel 2014	Obiettivo Dirigente	Obiettivo Comparto	Indicatore ed Ufficio di verifica
1	Incremento del valore della produzione di almeno il 15% rispetto all'anno precedente, a parità di risorse assegnate (personale, posti letto ecc..)	10%	10%	10%		Indicatore: % incremento valore RO+DH+Prestazioni esterne e interne 2015-2014; Ufficio di verifica: SS Controllo di Gestione
2	Decremento dei costi per consumi di beni sanitari rispetto all'anno precedente, in rapporto ai volumi di produzione, anche attraverso il completo utilizzo dei fondi di ricerca corrente e finalizzata a tal fine destinati	10%	2%	5%		Indicatore: (RO+DH+Prestazioni esterne e interne)/(Consumi sanitari - File F-acquisti con fondi ricerca) 2015 - 2014 - Ufficio di verifica: SS Controllo di Gestione
3	Ottimizzazione dell'uso delle risorse assegnate attraverso l'organizzazione che consenta il rispetto delle ore di straordinario di budget assegnate			5%	20%	Indicatore: differenza ore effettive e ore budget <=0; Ufficio di verifica: SC AGRU
OBIETTIVI SANITARI E ORGANIZZATIVI (valore max 40)		Valore 2014	Raggiunto nel 2014	Obiettivo Dirigente	Obiettivo Comparto	Indicatore ed Ufficio di verifica
4	Non superamento del valore soglia previsto dalla Regione per i DRG ad elevato rischio di inappropriatezza e per la durata di ricovero. Appropriately del setting assistenziale	5%	0%	10%		Indicatore: n. DRG a rischio inappropriatezza=0 - n. ricoveri oltre soglia=0 - n. ricoveri inappropriati secondo il MAAP=0; Ufficio di verifica: SC UOSE
5	Utilizzo corrente della cartella clinica, ambulatoriale ed infermieristica informatizzata	5%	5%	5%	10%	Indicatore: rapporto % tra n. cartelle anestesiolgiche e n. interventi, n. cartelle ambulatoriali e n. prestazioni ambulatoriali, n. cartelle clinice/infermieristiche e n. ricoveri; Ufficio di verifica: SSD Direzione Medica di Presidio
6	Monitoraggio dell'erogazione dei farmaci soggetti a registrazione AIFA in regime di ricovero ordinario, Day Hospital ed ambulatoriale e compilazione delle schede AIFA contesuale alla erogazione da parte del medico prescrittore	5%	5%	5%	0%	Indicatore: n. Schede AIFA compilate/totale farmaci erogati sottoposti a monitoraggio; Ufficio di verifica: SC Farmacia
	Tempi di attesa per le prestazioni diagnostiche non superiori a 10 giorni e prestazioni terapeutiche non superiore a 30 giorni per i pazienti con patologia oncologica sospetta o diagnosticata	5%	5%			
7	Adeguamento alle linee guida nazionali delle liste di attesa dei pazienti oncologici (Obiettivo CIV anno 2015)			5%	0%	Indicatore: n. pazienti in lista oltre soglia=0; Ufficio di verifica: SC UOSE
	Attivazione della accettazione e prenotazione periferica delle prestazioni ambulatoriali.	5%	5%			
8	Prosecuzione delle attività di accettazione e prenotazione periferica delle prestazioni ambulatoriali.				5%	Indicatore: n. prestazione ambulatoriali esterne accettate dal reparto rispetto al n. di prestazioni accettate totali; Ufficio di verifica: SC UOSE
9	Utilizzo della posta pneumatica	2,5%	2,50%		5%	Indicatore: Effettivo utilizzo registrato dal sistema informatizzato; Ufficio di verifica: SC Area Tecnica
	Avvio percorsi integrati, con costituzione di appositi teams multidisciplinari.. (Obiettivo CIV anno 2014)	2,50%	2,50%			
10	Monitoraggio della percentuale dei pazienti trattati in team multidisciplinari al fine di giungere ad una valutazione multidisciplinare in almeno il 50% dei pazienti ricoverati a partire dal 1 settembre 2015 al 31 dicembre 2015 - (Obiettivo CIV anno 2015)			2,5%	0%	Indicatore: il n. di schede/ricoveri trattati in team rispetto al n. ricoveri totali; Ufficio di verifica: SSD Direzione Medica di Presidio
	Collaborazione all'adeguamento/completamento del sito web con offerta dettagliata dei percorsi integrati garantiti dalla struttura. (Obiettivo CIV anno 2014)	5%	5%			
	Avvio Breast Unit in modo da soddisfare, entro un anno, tutte le condizioni necessarie alla certificazione EUSOMA (Obiettivo CIV anno 2014)	5%	5%			

OBIETTIVI
2015-2016

SC Oncologia Medica

Dott. Vito Lorusso

		Obiettivo 2014		Obiettivo 2015-2016		n. 4
11	Adeguamento ai criteri quali/quantitativi per la certificazione EUSOMA della Breast Unit (Obiettivo CIV 2015)			5,0%	5%	Indicatore: Relazione tecnica con relativo cronoprogramma per il conseguimento della certificazione EUSOMA; Ufficio di verifica: SSD Direzione Medica di Presidio
12	Proposta modello organizzativo della attività ambulatoriale finalizzato ad un miglioramento dell'offerta assistenziale			2,5%	5%	Indicatore: Relazione modello organizzativo; Ufficio di verifica: SSD Direzione Medica di Presidio
13	Collaborazione attiva nella realizzazione degli adempimenti previsti dal D.Lgs. 81/08 e s.m.i.			5,0%	10%	Indicatore: n. richieste evase positivamente/ n. richieste pervenute; Ufficio di verifica: Servizio Prevenzione e Protezione

OBIETTIVO DI QUALITA' (valore max 10)		Valore 2014	Raggiunto nel 2014	Obiettivo Dirigente	Obiettivo Comparto	Indicatore ed Ufficio di verifica
---------------------------------------	--	-------------	--------------------	---------------------	--------------------	-----------------------------------

14	Almeno un audit clinico al mese	5,0%	5%	5,0%	5%	Indicatore: N. verbali protocollati Audit clinici; Ufficio di verifica: SS Qualità e Risk management
	Collaborazione attiva alla certificazione ISO9001 e/o dell'accreditamento OECDI delle attività cliniche, scientifiche ed amministrative dell'Istituto	5%	5,0%			
15	Collaborazione attiva alle attività propedeutiche alla verifica del Ministero della Salute per il riconoscimento del carattere scientifico di IRCCS			5%	5%	Indicatore: Aggiornamento relazione per la conferma del carattere scientifico per quanto di competenza; Ufficio di verifica: Direzione Scientifica

OBIETTIVI SCIENTIFICI (valore max 30)		Valore 2014	Raggiunto nel 2014	Obiettivo Dirigente	Obiettivo Comparto	Indicatore ed Ufficio di verifica
---------------------------------------	--	-------------	--------------------	---------------------	--------------------	-----------------------------------

16	Collaborazione all'attività scientifica traslazionale				30%	Indicatore: Attestazione Responsabile U.O.; Ufficio di verifica: Direzione Scientifica
17	Avvio delle attività relative ai progetti di cui alla Deliberazione DG n. 359 del 17 giugno 2015 (Smoke-Free) - (Obiettivo CIV anno 2015)			5%	0%	Indicatore: Relazione analitica sulle attività; Ufficio di verifica: SS Controllo di Gestione
18	Almeno n. 4 lavori scientifici nel 2015 e n. 6 lavori scientifici nel 2016 pubblicati o in via di pubblicazione su riviste con IF totale >=20 nel 2015 e IF totale >= 30 nel 2016 in cui il primo/ultimo autore fa parte della U.O.	20%	20%	20%	0%	Indicatore: N. lavori pubblicati con IF con primo/ultimo nome; Ufficio di verifica: Direzione Scientifica
19	Almeno 3 richieste di finanziamento per progetti di ricerca inviate ad enti pubblici e privati, escluso il Ministero della Salute	10%	10%	5%	0%	Indicatore: N. richieste di finanziamento acquisite con protocollo generale; Ufficio di verifica: Direzione Scientifica
TOTALE		100%	87%	100%	100%	

I presenti obiettivi si intendono riconfermati anche per l'anno 2016 nelle more della ricontrattazione

Bari, 23/09/2015
Il Responsabile SC
F.to Dott. Vito Lorusso

LEGENDA:

Obiettivi raggiunti nel 2014 non confermati per gli anni 2015-2016

Nota: Le integrazioni degli obiettivi 2015 sono riportate in corsivo e si intendono valide dalla data di sottoscrizione

**OBIETTIVI
2015-2016**

SC Otorinolaringoiatria e Chirurgia Cervico-Maxillo-Facciale

Dott Luciano Grammatica

N. 5

		Obiettivo 2014		Obiettivo 2015-2016		Indicatore ed Ufficio di verifica
OBIETTIVI ECONOMICI (valore max 20)		Valore	Raggiunto nel 2014	Obiettivo Dirigenti	Obiettivo Comparto	
1	Incremento del valore della produzione di almeno il 15% rispetto all'anno precedente, a parità di risorse assegnate (personale, posti letto ecc..)	10%	0%	5%		Indicatore: % incremento valore RO+DH+Prestazioni esterne e interne 2015-2014; Ufficio di verifica: SS Controllo di Gestione
2	Decremento dei costi per consumi di beni sanitari rispetto all'anno precedente, in rapporto ai volumi di produzione, anche attraverso il completo utilizzo dei fondi di ricerca corrente e finalizzata a tal fine destinati	10%	10%	5%		Indicatore: (RO+DH+Prestazioni esterne e interne)/(Consumi sanitari - File F- acquisti con fondi ricerca) 2015 - 2014 - Ufficio di verifica: SS Controllo di Gestione
3	Optimizzazione dell'uso delle risorse assegnate attraverso l'organizzazione che consenta il rispetto delle ore di straordinario di budget assegnate			10%	20%	Indicatore: differenza ore effettive - ore budget<=0; Ufficio di verifica: SC AGRU
OBIETTIVI SANITARI E ORGANIZZATIVI (valore max 40)		Valore	Raggiunto nel 2014	Obiettivo Dirigenti	Obiettivo Comparto	Indicatore ed Ufficio di verifica
4	Non superamento del valore soglia previsto dalla Regione per i DRG ad elevato rischio di inappropriata e per la durata di ricovero. <i>Appropriatezza del setting assistenziale</i>	2,5%	0%	10%	0%	Indicatore: n. DRG a rischio inappropriata=0; n. ricoveri oltre soglia=0; n. ricoveri inappropriati secondo il MAAP=0; Ufficio di verifica: SC UOSE- (*vedi nota a verbale)
5	Utilizzo corrente della cartella clinica, ambulatoriale ed infermieristica informatizzata.	5%	N.V.	5%	5%	Indicatore: rapporto % tra n. cartelle anestesologiche e n. interventi, n. cartelle ambulatoriali e n. prestazioni ambulatoriali, n. cartelle cliniche/infermieristiche e n. ricoveri; Ufficio di verifica: SSD Direzione Medica di Presidio
6	Numero dei DRG oncologici non inferiore al 60% nel 2015 ed a 70% nel 2016 dei ricoveri ordinari	5%	5%	2,5%	0%	Indicatore: n. DRG Oncologic sul totale DRG; Ufficio di verifica: UOSE
7	Tasso di occupazione dei posti letto non inferiore al 75% nel rispetto dei criteri di appropriatezza clinica ed organizzativa	2,5%	2,5%	5%	0%	Indicatore: Tasso di occupazione - Scheda DRG; Ufficio di verifica: UOSE
	Attivazione della accettazione e prenotazione periferica delle prestazioni ambulatoriali. (Obiettivo CIV anno 2014)	2,5%	2,50%			
8	Prosecuzione delle attività di accettazione e prenotazione periferica delle prestazioni ambulatoriali.				10%	Indicatore: n. prestazione ambulatoriali esterne accettate dal reparto rispetto al n. di prestazioni accettate totali; Ufficio di verifica: SC UOSE
	Tempi di attesa per le prestazioni diagnostiche non superiori a 10 giorni e prestazioni terapeutiche non superiore a 30 giorni per i pazienti con patologia oncologica sospetta o diagnosticata	2,5%	2,50%			
9	Adeguamento alle linee guida nazionali delle liste di attesa dei pazienti oncologici (Obiettivo CIV anno 2015)			5%	0%	Indicatore: n. pazienti in lista oltre soglia=0; Ufficio di verifica: SC UOSE
10	Inizio del tempo chirurgico non oltre le 8.40, rispetto dei tempi inter intervento non superiori a 30 minuti e corretta programmazione delle sedute operatorie	2,5%	2,5%	5%	5%	Indicatore: n. interventi che rispettano la tempistica dell'obiettivo sul n. totale - Registro di sala operatoria; Ufficio di Verifica: SSD Direzione Medica di Presidio
	Articolazione dell'orario di lavoro 8.00-14.00 - 14.00- 20.00 dal lunedì al venerdì e 8.00 - 14.00 sabato	5%	5%			
11	Utilizzo della posta pneumatica	2,5%	2,50%		10%	Indicatore: Effettivo utilizzo registrato dal sistema informatizzato; Ufficio di verifica: SC Area Tecnica
	Avvio percorsi integrati, con costituzione di appositi teams multidisciplinari, (Obiettivo CIV anno 2014)	5%	5%			
12	Monitoraggio della percentuale dei pazienti trattati in team multidisciplinari al fine di giungere ad una valutazione multidisciplinare in almeno il 50% dei pazienti ricoverati a partire dal 1 settembre 2015 al 31 dicembre 2015 - (Obiettivo CIV anno 2015)			2,5%	0%	Indicatore: il n. di schede/ricoveri trattati in team rispetto al n. ricoveri totali; Ufficio di verifica: SSD Direzione Medica di Presidio
	Collaborazione all'adeguamento/completamento del sito web con offerta dettagliata dei percorsi integrati garantiti dalla struttura. (Obiettivo CIV anno 2014)	5%	5%			
10	Collaborazione attiva nella realizzazione degli adempimenti previsti dal D.Lgs .81/08 e s.m.i.			5%	10%	Indicatore: n. richieste evase positivamente/ n. richieste pervenute; Ufficio di verifica: Servizio Prevenzione e Protezione

**OBIETTIVI
2015-2016**

SC Otorinolaringoiatria e Chirurgia Cervico-Maxillo-Facciale

Dott Luciano Grammatica

N. 5

		Obiettivo 2014		Obiettivo 2015-2016		Indicatore ed Ufficio di verifica
OBIETTIVO DI QUALITA' (valore max 10)		Valore	Raggiunto nel 2014	Obiettivo Dirigenti	Obiettivo Comparto	
13	Almeno un audit clinico e/o organizzativo al mese	2,5%	2,50%	2,5%	5%	Indicatore: N. verbali protocollati Audit clinici; Ufficio di verifica: SS Qualità e Risk management
14	Utilizzo della check list di sala operatoria	2,5%	1,25%	2,5%	0%	Indicatore: n. check list rispetto al n. interventi; Ufficio di verifica: SS Qualità e Risk management
	Collaborazione attiva alla certificazione ISO9001 e/o dell'accREDITAMENTO OECEI delle attività cliniche, scientifiche ed amministrative dell'Istituto	5%	5,0%			
15	<i>Collaborazione attiva alle attività propedeutiche alla verifica del Ministero della Salute per il riconoscimento del carattere scientifico di IRCCS</i>			5%	5%	Indicatore: Aggiornamento relazione per la conferma del carattere scientifico per quanto di competenza; Ufficio di verifica: Direzione Scientifica
OBIETTIVI SCIENTIFICI (valore max 30)		Valore	Raggiunto nel 2014	Obiettivo Dirigenti	Obiettivo Comparto	Indicatore ed Ufficio di verifica
16	<i>Collaborazione all'attività scientifica traslazionale</i>				30%	Indicatore: Attestazione Responsabile U.O.; Ufficio di verifica: Direzione Scientifica
16	Almeno n.1 lavoro scientifico con IF nel 2015 e n. 1 nel 2016 con IF totale >= 2.5, pubblicato o in corso di pubblicazione in cui il primo/ultimo autore fa parte della U.O.	20%	20%	20%	0%	Indicatore: N. lavori pubblicati con IF con primo/ultimo nome; Ufficio di verifica: Direzione Scientifica
17	Almeno 2 richieste di finanziamento per progetti di ricerca inviate ad enti pubblici e privati, escluso il Ministero della Salute	10%	5%	10%	0%	Indicatore: N. richieste di finanziamento acquisite con protocollo generale; Ufficio di verifica: Direzione Scientifica
TOTALE		100%	$76,25/95 \times 100 =$ 80,26%	100%	100%	

I presenti obiettivi si intendono riconfermati anche per l'anno 2016 nelle more della ricontrattazione

13/10/2015
Il Responsabile
F.to Dott. Luciano Grammatica

LEGENDA:

Obiettivi raggiunti nel 2014 non confermati per gli anni 2015-2016

Nota: Le integrazioni degli obiettivi 2015 sono riportate in corsivo e si intendono valide dalla data di sottoscrizione

Annotationi a verbale dell'incontro del 23/09/2015:

Il Dott. Grammatica chiede di incrementare la % di valutazione dell'obiettivo 3 da 5% a 10% riducendo la % di misurazione dell'obiettivo n. 1 da 10% a 5% La Direzione Strategica accoglie la richiesta.

(*) Il Dott. Grammatica, relativamente all'obiettivo n. 4, in considerazione della complessità clinica della casistica della propria U.O., fa rilevare che non è possibile un margine di tolleranza di inappropriatazza pari a zero e propone una tolleranza non superiore al 2%. La Direzione Strategica nell'accogliere la proposta del Dott. Grammatica raccomanda comunque di mettere in atto ogni azione finalizzata ad azzerare l'inappropriatazza.

Il Dott. Grammatica relativamente all'obiettivo n. 5 evidenzia l'impossibilità di utilizzare l'attuale cartella clinica informatizzata in quanto per problemi di carattere medico legale l'attuale cartella clinica non risponde ai requisiti minimi legalmente previsti

Il Dott. Grammatica non accetta di firmare la scheda proposta in dat a23/09/2015. La seduta viene sciolta

Annotationi a verbale dell'incontro del 13/10/2015:

Relativamente all'obiettivo n. 6 il Dott. Grammatica chiede di lasciare anche nel 2016 il 60% del DGR oncologici. Si concorda di modificare la % dell'obiettivo n. 6 da 5% a 2,5% incrementando la percentuale dell'obiettivo n. 9 da 2,5 % a 5% lasciando invariato l'obiettivo

Relativamente all'obiettivo n. 10 il Dott. Grammatica evidenzia il suo dubbio di non poter agire costruttivamente al raggiungimento di questo obiettivo in quanto multidisciplinare. Si concorda nel lasciare l'obiettivo in quanto assegnato a tutte le U.O. chirurgiche ed alla U.O. di Anestesia

**OBIETTIVI
2015-2016**

UOC Radiodiagnostica per immagini ed Interventistica

Dott. Cosimo Gadaleta

N. 6

OBIETTIVI ECONOMICI (valore max 20)		Obiettivo 2014		Obiettivo 2015-2016		Indicatore ed Ufficio di verifica
		Valore	Raggiunto nel 2014	Obiettivo Dirigenti	Obiettivo Comparto	
	Mantenimento/Incremento del valore della produzione rispetto all'anno precedente, a parità di risorse assegnate (personale, posti letto ecc..)	10%	10,0%			
1	Incremento del valore della produzione di almeno il 15% rispetto all'anno precedente, a parità di risorse assegnate (personale, posti letto ecc..)			5%		Indicatore: % incremento valore RO+DH+Prestazioni esterne e interne 2015-2014 nel 2015 e 2016-2015 nel 2016; Ufficio di verifica: SS Controllo di Gestione
2	Decremento dei costi per consumi di beni sanitari rispetto all'anno precedente, in rapporto ai volumi di produzione, anche attraverso il completo utilizzo dei fondi di ricerca corrente e finalizzata a tal fine destinati	5%	N.V	5%		Indicatore: (RO+DH+Prestazioni esterne e interne)/(Consumi sanitari - File F- acquisti con fondi ricerca) 2015 - 2014 - Ufficio di verifica: SS Controllo di Gestione
	Riduzione del valore economico delle rimanenze di reparto rispetto all'anno precedente	5%	5%			
3	Rispetto delle procedure individuate dalla SC Farmacia finalizzate alla ottimizzazione della gestione delle rimanenze di reparto (Obiettivo CIV anno 2015)			5%	10%	Indicatore: Report semestrale rimanenze di reparto e n. moduli scaduti inversamente proporzionale al raggiungimento; Ufficio di verifica: SC Farmacia
4	Ottimizzazione dell'uso delle risorse assegnate attraverso l'organizzazione che consenta il rispetto delle ore di straordinario di budget assegnate			5%	10%	Indicatore: Differenza ore effettive - ore budget<=0; Ufficio di verifica: SC AGRU
OBIETTIVI SANITARI E ORGANIZZATIVI (valore max 40)		Valore	Raggiunto nel 2014	Obiettivo Dirigenti	Obiettivo Comparto	Indicatore ed Ufficio di verifica
5	Non superamento del valore soglia previsto dalla Regione per i DRG ad elevato rischio di inappropriata e per la durata di ricovero. Appropriata del setting assistenziale	5%	0%	10%	0%	Indicatore: n. DRG a rischio inappropriata=0 - n. ricoveri oltre soglia=0 - n. ricoveri inappropriati secondo il MAAP=0; Ufficio di verifica: SC UOSE
6	Utilizzo corrente della cartella clinica, ambulatoriale ed infermieristica informatizzata	2,5%	N.V.	5%	10%	Indicatore: rapporto % tra n. cartelle anestesologiche e n. interventi, n. cartelle ambulatoriali e n. prestazioni ambulatoriali, n. cartelle cliniche/infermieristiche e n. ricoveri; Ufficio di verifica: SSD Direzione Medica di Presidio
	Attivazione delle procedure di prericovero centralizzato per intervento chirurgico	2,5%	N.V.			
7	Incremento del 3% delle procedure di prelievo biptico in regime ambulatoriale	5%	5%	5%	0%	Indicatore: % incremento casi rispetto all'anno precedente; Ufficio di verifica: SC UOSE
	Tempi di attesa per le prestazioni diagnostiche non superiori a 10 giorni e prestazioni terapeutiche non superiore a 30 giorni per i pazienti con patologia oncologica sospetta o diagnosticata	5%	5%			
8	Adeguamento alle linee guida nazionali delle liste di attesa dei pazienti oncologici (Obiettivo CIV anno 2015)			5%	0%	Indicatore: n. pazienti in lista oltre soglia=0; Ufficio di verifica: SC UOSE
	Attivazione della accettazione e prenotazione periferica delle prestazioni ambulatoriali. (Obiettivo CIV anno 2014)	2,5%	2,5%			
9	Prosecuzione delle attività di accettazione e prenotazione periferica delle prestazioni ambulatoriali.				10%	Indicatore: n. prestazione ambulatoriali esterne accettate dal reparto rispetto al n. di prestazioni accettate totali; Ufficio di verifica: SC UOSE
10	Inizio del tempo chirurgico non oltre le 8.40, rispetto dei tempi inter intervento non superiori a 30 minuti e corretta programmazione delle sedute operatorie	2,5%	1,25%	2,5%	10%	Indicatore: n. interventi che rispettano la tempistica dell'obiettivo sul n. totale- Registro di sala operatoria; Ufficio di Verifica: SSD Direzione Medica di Presidio
11	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	2,5%	2,5%	2,5%	0%	Indicatore: n. esami effettuati nel rispetto dell'obiettivo rispetto al n. richieste; Ufficio di verifica: SSD Direzione Medica di presidio
	Articolazione dell'orario di lavoro 8.00-14.00 - 14.00- 20.00 dal lunedì al venerdì e 8.00 - 14.00 sabato	5%	5%			
12	Utilizzo della posta pneumatica	2,5%	2,5%		5%	Indicatore: Effettivo utilizzo registrato dal sistema informatizzato; Ufficio di verifica: SC Area Tecnica

**OBIETTIVI
2015-2016**

UOC Radiodiagnostica per immagini ed Interventistica

Dott. Cosimo Gadaleta

N. 6

		Obiettivo 2014		Obiettivo 2015-2016		
	Avvio percorsi integrati, con costituzione di appositi teams multidisciplinari. (Obiettivo CIV anno 2014)	2,5%	2,5%			
13	Monitoraggio della percentuale dei pazienti trattati in teams multidisciplinari al fine di giungere ad una valutazione multidisciplinare in almeno il 50% dei pazienti ricoverati a partire dal 1 settembre 2015 al 31 dicembre 2015 - (Obiettivo CIV anno 2015)			5%	0%	Indicatore: il n. di schede/ricoveri trattati in team rispetto al n. ricoveri totali; Ufficio di verifica: SSD Direzione Medica di Presidio
	Collaborazione all'adeguamento/completamento del sito web con offerta dettagliata dei percorsi integrati garantiti dalla struttura. (Obiettivo CIV anno 2014)	2,5%	2,5%			
14	Collaborazione attiva nella realizzazione degli adempimenti previsti dal D.Lgs .81/08 e s.m.i.			5%	5%	Indicatore: n. richieste evase positivamente/ n. richieste pervenute; Ufficio di verifica: Servizio Prevenzione e Protezione

OBIETTIVO DI QUALITA' (valore max 10)		Valore	Raggiunto nel 2014	Obiettivo Dirigenti	Obiettivo Comparto	Indicatore ed Ufficio di verifica
15	Almeno un audit clinico e/o organizzativo al mese	2,50%	0%	2,5%	0%	Indicatore: N. verbali protocollati Audit clinici; Ufficio di verifica: SS Qualità e Risk management
16	Utilizzo della check list di sala operatoria	2,5%	1,25%	2,5%	5%	Indicatore: n. check list rispetto al n. interventi; Ufficio di verifica: SS Qualità e Risk management
	Collaborazione attiva alla certificazione ISO9001 e/o dell'accreditamento OECEI delle attività cliniche, scientifiche ed amministrative dell'Istituto	5%	5,0%			
17	Collaborazione attiva alle attività propedeutiche alla verifica del Ministero della Salute per il riconoscimento del carattere scientifico di IRCCS			5%	5%	Indicatore: Aggiornamento relazione per la conferma del carattere scientifico per quanto di competenza; Ufficio di verifica: Direzione Scientifica

OBIETTIVI SCIENTIFICI (valore max 30)		Valore	Raggiunto nel 2014	Obiettivo Dirigenti	Obiettivo Comparto	Indicatore ed Ufficio di verifica
18	Collaborazione all'attività scientifica traslazionale				30%	Indicatore: Attestazione Responsabile U.O.; Ufficio di verifica: Direzione Scientifica
19	Almeno n. 3 lavori scientifici con IF totale >= 15.0 nell'anno 2015 e n. 6 con IF totale >= 30 nel 2016 in cui il primo/ultimo autore fa parte della U.O.	20%	20%	20%	0%	Indicatore: N. lavori pubblicati con IF con primo/ultimo nome; Ufficio di verifica: Direzione Scientifica
20	Almeno 2 richieste di finanziamento per progetti di ricerca inviate ad enti pubblici e privati, escluso il Ministero della Salute	10%	0%	10%	0%	Indicatore: N. richieste di finanziamento acquisite con protocollo generale; Ufficio di verifica: Direzione Scientifica
TOTALE		100%	77,78%	100%	100%	

I presenti obiettivi si intendono riconfermati anche per l'anno 2016 nelle more della ricontrattazione

Bari, 28/09/2015
Il Responsabile SC
F.to Dr. Cosmo Gadaleta

LEGENDA:

Obiettivi raggiunti nel 2014 non confermati per gli anni 2015-2016

Nota: Le integrazioni degli obiettivi 2015 sono riportate in corsivo e si intendono valide dalla data di sottoscrizione

Annotazioni a verbale dell'incontro del 28/09/2015:

- Il Dott. Gadaleta relativamente all'obiettivo n. 1 evidenzia che non è possibile aumentare la produzione del 15% a parità di risorse assegnate in quanto la sua U.O. ha già raggiunto il massimo della produzione possibile con le risorse assegnate. La Direzione strategica, nell'evidenziare che possono essere messe in atto azioni finalizzate al miglioramento della appropriatezza nelle diverse tipologie, propone di ridurre la percentuale di incremento della produzione dal 15% al 10%, e accetta la controproposta di riduzione al 5%.
- Il Dott. Gadaleta relativamente all'obiettivo n.7 evidenzia che non è possibile prevedere una percentuale fissa di incremento rispetto all'anno precedente pur concordando sull'obiettivo in generale. Pertanto la percentuale di incrementoviene portata al 3%
- Il Dott. Gadaleta relativamente all'obiettivo n.13 afferma che il massimo numero dei pazienti che possono essere presentati ai team multidisciplinari come avviene per le altre UU.OO è di circa 10 pazienti al mese e si impegna a mantenere questo dato. Pertanto, l'obiettivo dovrà essere considerato su questo dato numerico e non in misura percentuale. La Direzione Strategica evidenzia che si tratta di un obiettivo assegnato dal CIV.

OBIETTIVI
2015-2016

SSD Anatomia Patologica e Citodiagnostica

Dott. Giovanni Simone

		Obiettivo 2014		Obiettivo 2015-2016		N. 7
OBIETTIVI ECONOMICI (valore max 20)		Valore	Raggiunto nel 2014	Obiettivo Dirigenti	Obiettivo Comparto	Indicatore ed Ufficio di verifica
1	Incremento del valore delle prestazioni ambulatoriali esterne produzione di almeno il 15% rispetto all'anno precedente, a parità di risorse assegnate (personale, posti letto ecc..)	10%	10%	0%	0%	Indicatore: % incremento valore Prestazioni esterne 2015-2014 per l'anno 2015 e 2016-2015 per l'anno 2016; Ufficio di verifica: SS Controllo di Gestione
2	Decremento dei costi per consumi di beni sanitari rispetto all'anno precedente, in rapporto ai volumi di produzione, anche attraverso il completo utilizzo dei fondi di ricerca corrente e finalizzata a tal fine destinati	10%	10%	10%	0%	Indicatore: (Prestazioni esterne)/(Consumi sanitari - File F- acquisti con fondi ricerca) 2015 - 2014 - Ufficio di verifica: SS Controllo di Gestione
3	Optimizzazione dell'uso delle risorse assegnate attraverso l'organizzazione che consenta il rispetto delle ore di straordinario di budget assegnate			10%	20%	Indicatore: differenza ore effettive e- ore budget<=0; Ufficio di verifica: SC AGRU
OBIETTIVI SANITARI E ORGANIZZATIVI (valore max 40)		Valore	Raggiunto nel 2014	Obiettivo Dirigenti	Obiettivo Comparto	Indicatore ed Ufficio di verifica
4	Consolidamento software ARMONIA previa garanzia della continuità dell'assistenza tecnica	10%	10%	5%	10%	Indicatore: Effettivo utilizzo registrato dal sistema informatizzato; Ufficio di verifica: SSD Direzione Medica di Presidio
	Tempi di attesa per le prestazioni diagnostiche non superiori a 10 giorni per i pazienti con patologia oncologica sospetta o diagnosticata	10%	5%			
5	Riduzione dei tempi di refertazione entro due settimane dalla ricezione del campione per i pazienti con patologia oncologica diagnosticata o sospetta	10%	0%	20%	0%	Indicatore: n. referti eseguiti secondo la tempistica dell'obiettivo rispetto a quelli inviati; Ufficio di verifica: SSD Direzione Medica di Presidio
6	Utilizzo della posta pneumatica, compatibilmente con il rispetto della sicurezza	2,50%	2,50%	0,0%	10%	Indicatore: Effettivo utilizzo registrato dal sistema informatizzato; Ufficio di verifica: SC Area Tecnica
	Avvio percorsi integrati, con costituzione di appositi teams multidisciplinari. (Obiettivo CIV anno 2014)	2,50%	2,50%			
7	Partecipazione ai team multidisciplinari (Obiettivo CIV anno 2015)			5%	0%	Indicatore: n. partecipazioni rispetto al n. di sedute; Ufficio di verifica: SSD Direzione Medica di Presidio
	Collaborazione all'adeguamento/completamento del sito web con offerta dettagliata dei percorsi integrati garantiti dalla struttura. (Obiettivo CIV anno 2014)	2,50%	2,50%			
	Avvio Breast Unit in modo da soddisfare, entro un anno, tutte le condizioni necessarie alla certificazione EUSOMA (Obiettivo CIV anno 2014)	2,5%	2,5%			
8	Adeguamento ai criteri quali/quantitativi per la certificazione EUSOMA della Breast Unit (Obiettivo CIV 2015)			5%	10%	Indicatore: Relazione tecnica con relativo cronoprogramma per il conseguimento della certificazione EUSOMA; Ufficio di verifica: SSD Direzione Medica di Presidio
9	Collaborazione attiva nella realizzazione degli adempimenti previsti dal D.Lgs .81/08 e s.m.i.			5%	10%	Indicatore: n. richieste evase positivamente/ n. richieste pervenute; Ufficio di verifica: Servizio Prevenzione e Protezione
OBIETTIVO DI QUALITA' (valore max 10)		Valore	Raggiunto nel 2014	Obiettivo Dirigenti	Obiettivo Comparto	Indicatore ed Ufficio di verifica
10	Almeno un audit clinico e/o organizzativo al mese	5%	0%	5%	0%	Indicatore: N. verbali protocollati Audit clinici; Ufficio di verifica: SS Qualità e Risk management
	Collaborazione attiva alla certificazione ISO9001 e/o dell'accreditamento OECI delle attività cliniche, scientifiche ed amministrative dell'Istituto	5%	5%			
11	Collaborazione attiva alle attività propedeutiche alla verifica del Ministero della Salute per il riconoscimento del carattere scientifico di IRCCS			5%	10%	Indicatore: Aggiornamento relazione per la conferma del carattere scientifico per quanto di competenza; Ufficio di verifica: Direzione Scientifica

OBIETTIVI
2015-2016

SSD Anatomia Patologica e Citodiagnostica

Dott. Giovanni Simone

OBIETTIVI SCIENTIFICI (valore max 30)		Obiettivo 2014		Obiettivo 2015-2016		Indicatore ed Ufficio di verifica
		Valore	Raggiunto nel 2014	Obiettivo Dirigenti	Obiettivo Comparto	
N. 7						
12	<i>Collaborazione all'attività scientifica traslazionale</i>				30%	Indicatore: Attestazione Responsabile U.O.; Ufficio di verifica: Direzione Scientifica
13	Almeno n. 2 lavori scientifici con IF totale >= 10.0 e n. 3 lavori scientifici con IF totale >= 15.0 nel 2016 in cui il primo/ultimo autore fa parte della U.O.	20%	20%	20%	0%	Indicatore: N. lavori pubblicati con IF con primo/ultimo nome; Ufficio di verifica: Direzione Scientifica
14	Almeno 1 richiesta di finanziamento per progetti di ricerca inviate ad enti pubblici e privati, escluso il Ministero della Salute	10%	0%	10%	0%	Indicatore: N. richieste di finanziamento acquisite con protocollo generale; Ufficio di verifica: Direzione Scientifica
TOTALE		100%	70%	100%	100%	

I presenti obiettivi si intendono riconfermati anche per l'anno 2016 nelle more della ricontrattazione

Bari, 28/09/2015
Il Responsabile dell'UO
F.to Dott. Giovanni Simone

LEGENDA:

Obiettivi raggiunti nel 2014 non confermati per gli anni 2015-2016

Nota: Le integrazioni degli obiettivi 2015 sono riportate in corsivo e si intendono valide dalla data di sottoscrizione

Annotazioni a verbale dell'incontro del 28/09/2015:

- Il Dott. Simone chiede che l'obiettivo n. 1 venga eliminato in quanto non governabile dalla propria U.O.. La Direzione Strategica concorda con l'eliminazione.
- Il Dott. Simone chiede che tutti gli obiettivi vengano considerati quando verranno colmate le lacune in organico segnalate.

**OBIETTIVI
2015-2016**

SSD Cardiologia

Dott. Stefano Oliva

		<i>Obiettivo 2014</i>		Obiettivo 2015-2016		N. 8
OBIETTIVI ECONOMICI (valore max 20)		<i>Valore</i>	<i>Raggiunto nel 2014</i>	<i>Valore</i>	<i>Obiettivo Comparto</i>	<i>Indicatore ed Ufficio di verifica</i>
1	Incremento del valore delle prestazioni ambulatoriali esterne di almeno il 15% rispetto all'anno precedente, a parità di risorse assegnate (personale, posti letto ecc..)	10%	10%	10%	0%	Indicatore: % incremento valore Prestazioni esterne 2015-2014; Ufficio di verifica: SS Controllo di Gestione
2	Decremento dei costi per consumi di beni sanitari rispetto all'anno precedente, in rapporto ai volumi di produzione, anche attraverso il completo utilizzo dei fondi di ricerca corrente e finalizzata a tal fine destinati	10%	5%	5%	0%	Indicatore: (Prestazioni esterne)/(Consumi sanitari - File F- acquisti con fondi ricerca) 2015 - 2014 - Ufficio di verifica: SS Controllo di Gestione
3	<i>Ottimizzazione dell'uso delle risorse assegnate attraverso l'organizzazione che consenta il rispetto delle ore di budget assegnate</i>			5%	20%	Indicatore: differenza ore effettive e- ore budget<=0; Ufficio di verifica: SC AGRU
OBIETTIVI SANITARI E ORGANIZZATIVI (valore max 40)		<i>Valore</i>	<i>Raggiunto nel 2014</i>	<i>Valore</i>	<i>Obiettivo Comparto</i>	<i>Indicatore ed Ufficio di verifica</i>
4	Utilizzo corrente della cartella clinica e ambulatoriale informatizzata	5%	5%	5%	10%	Indicatore: rapporto % tra n. cartelle ambulatoriali e n. prestazioni ambulatoriali; Ufficio di verifica: SSD Direzione Medica di Presidio
	Attivazione delle procedure di prericovero centralizzato per intervento chirurgico	5%	N.V.			
	Tempi di attesa per le prestazioni diagnostiche non superiori a 10 giorni per i pazienti con patologia oncologica sospetta o diagnosticata	5%	5%			
5	<i>Organizzare l'attività di pronta disponibilità in iso risorse</i>			5%	0%	Indicatore: turni di pronta disponibilità in iso risorse; Ufficio di verifica: SSD Direzione Medica di Presidio
6	<i>Adeguamento alle linee guida nazionali delle liste di attesa dei pazienti oncologici (Obiettivo CIV anno 2015)</i>			5%	0%	Indicatore: n. pazienti in lista oltre soglia=0; Ufficio di verifica: SC UOSE
7	<i>Prosecuzione delle attività di accettazione e prenotazione periferica delle prestazioni ambulatoriali. (Obiettivo CIV anno 2014)</i>	5%	5%	5%	10%	Indicatore: n. prestazione ambulatoriali esterne accettate dal reparto rispetto al n. di prestazioni accettate totali; Ufficio di verifica: SC UOSE
8	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	5,0%	5,0%	5%	0%	Indicatore: n. referti eseguiti secondo la tempistica dell'obiettivo rispetto a quelli inviati; Ufficio di verifica: SSD Direzione Medica di Presidio
9	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	5,0%	5,0%	5%	0%	Indicatore: Tabulati prenotazioni prestazioni ambulatoriali; Ufficio di verifica: SSD Direzione Medica di presidio
10	Apertura pomeridiana dell'ambulatorio ai pazienti esterni almeno una volta a settimana	5%	N.V.	5%	10%	Indicatore: n. prestazioni esterne pomeridiane effettuate; Ufficio di verifica: SSD Direzione Medica di presidio
	Avvio percorsi integrati, con costituzione di appositi teams multidisciplinari, (Obiettivo CIV anno 2014)	2,5%	2,5%			
	Collaborazione all'adeguamento/completamento del sito web con offerta dettagliata dei percorsi integrati garantiti dalla struttura. (Obiettivo CIV anno 2014)	2,5%	2,5%			
11	<i>Collaborazione attiva nella realizzazione degli adempimenti previsti dal D.Lgs .81/08 e s.m.i.</i>			5,0%	10%	Indicatore: n. richieste evase positivamente/ n. richieste pervenute; Ufficio di verifica: Servizio Prevenzione e Protezione
OBIETTIVO DI QUALITA' (valore max 10)		<i>Valore</i>	<i>Raggiunto nel 2014</i>	<i>Valore</i>	<i>Obiettivo Comparto</i>	<i>Indicatore ed Ufficio di verifica</i>
12	Almeno un audit clinico <i>al mese</i>	5%	5%	5%	5%	Indicatore: N. verbali protocollati Audit clinici; Ufficio di verifica: SS Qualità e Risk management

OBIETTIVI
2015-2016

SSD Cardiologia

Dott. Stefano Oliva

		Obiettivo 2014		Obiettivo 2015-2016		N. 8
	Collaborazione attiva alla certificazione ISO9001 e/o dell'accREDITAMENTO OEI delle attività cliniche, scientifiche ed amministrative dell'Istituto	5%	5,0%			
13	Collaborazione attiva alle attività propedeutiche alla verifica del Ministero della Salute per il riconoscimento del carattere scientifico di IRCCS			5%	5%	Indicatore: Aggiornamento relazione per la conferma del carattere scientifico per quanto di competenza; Ufficio di verifica: Direzione Scientifica
OBIETTIVI SCIENTIFICI (valore max 30)		Valore	Raggiunto nel 2014	Valore	Obiettivo Comparto	Indicatore ed Ufficio di verifica
14	Collaborazione all'attività scientifica traslazionale			5%	30%	Indicatore: Attestazione Responsabile U.O.; Ufficio di verifica: Direzione Scientifica
15	Almeno 1 lavoro scientifico pubblicato o in via di pubblicazione su riviste con IF >= 2.5 in cui il primo/ultimo autore fa parte della U.O.	20%	1%	15%	0%	Indicatore: N. lavori pubblicati con IF con primo/ultimo nome; Ufficio di verifica: Direzione Scientifica
16	Almeno 2 richieste di finanziamento per progetti di ricerca inviate ad enti pubblici e privati, escluso il Ministero della Salute	10%	10%	10%	0%	Indicatore: N. richieste di finanziamento acquisite con protocollo generale; Ufficio di verifica: Direzione Scientifica
TOTALE		100%	$66/90 \times 100 = 73,33\%$	100%	100%	

I presenti obiettivi si intendono riconfermati anche per l'anno 2016 nelle more della ricontrattazione

LEGENDA:

Obiettivi raggiunti nel 2014 non confermati per gli anni 2015-2016

Nota: Le integrazioni degli obiettivi 2015 sono riportate in corsivo e si intendono valide dalla data di sottoscrizione

Bari, 23/09/2015

Il Responsabile

F.to Dott. Stefano Oliva

**OBIETTIVI
2015-2016**

SSD Chirurgia Generale Indirizzo Senologico

Dott. Sergio Diotaiuti

OBIETTIVI ECONOMICI (valore max 20)		Obiettivo 2014		Obiettivo 2015-2016		N. 9 Indicatore ed Ufficio di verifica
		Valore	Raggiunto nel 2014	Obiettivo Dirigenti	Obiettivo Comparto	
1	Incremento del valore della produzione di almeno il 15% rispetto all'anno precedente, a parità di risorse assegnate (personale, posti letto ecc..)	10%	0%	10%	0%	Indicatore: % incremento valore RO+DH+Prestazioni esterne e interne 2015-2014; Ufficio di verifica: SS Controllo di Gestione
2	Decremento dei costi per consumi di beni sanitari rispetto all'anno precedente, in rapporto ai volumi di produzione, anche attraverso il completo utilizzo dei fondi di ricerca corrente e finalizzata a tal fine destinati	10%	0%	5%	0%	Indicatore: (RO+DH+Prestazioni esterne e interne)/(Consumi sanitari - File F- acquisti con fondi ricerca) 2015 - 2014 - Ufficio di verifica: SS Controllo di Gestione
3	Ottimizzazione dell'uso delle risorse assegnate attraverso l'organizzazione che consenta il rispetto delle ore di straordinario di budget assegnate			5%	20%	Indicatore: differenza ore effettive- ore budget <=0; Ufficio di verifica: SC AGRU
OBIETTIVI SANITARI E ORGANIZZATIVI (valore max 40)		Valore	Raggiunto nel 2014	Obiettivo Dirigenti	Obiettivo Comparto	Indicatore ed Ufficio di verifica
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	5,0%	5,0%	10%	0%	Indicatore: n. DRG a rischio inappropriatazza=0 - n. ricoveri oltre soglia=0 - n. ricoveri inappropriati secondo il MAAP=0; Ufficio di verifica: SC UOSE
5	Utilizzo corrente della cartella clinica, ambulatoriale ed infermieristica informatizzata	2,5%	N.V.	2,5%	5%	Indicatore: rapporto % tra n. cartelle anestesiolgiche e n. interventi, n. cartelle ambulatoriali e n. prestazioni ambulatoriali, n. cartelle clinice/infermieristiche e n. ricoveri; Ufficio di verifica: SSD Direzione Medica di Presidio
6	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.	2,5%	2,5%	2,5%	0%	Indicatore: Monitoraggio mensile della UOSE; Ufficio di verifica: UOSE
7	Tasso di occupazione dei posti letto non inferiore al 75% nel rispetto dei criteri di appropriatazza clinica ed organizzativa	2,5%	0,0%	2,5%	0%	Indicatore: Tasso di occupazione >= 75% - Scheda DRG; Ufficio di verifica: UOSE
	Attivazione delle procedure di prericovero centralizzato per intervento chirurgico	2,5%	N.V.			
	Implementazione della IORT nell'anno 2014 ed incremento nell'anno 2015	5%	5%			
8	Incremento progressivo dell'attività delle IORT negli anni 2015-2016			5%	0%	Indicatore: incremento (2015-2014) casi trattati con IORT per l'anno 2015 e (2016-2015) per l'anno 2016; Ufficio di verifica: SSD Direzione Medica di Presidio
	Tempi di attesa per le prime visite non superiore a 10 giorni e prestazioni terapeutiche non superiore a 30 giorni per i pazienti con patologia oncologica sospetta o diagnosticata	2,5%	2,5%			
9	Adeguamento alle linee guida nazionali delle liste di attesa dei pazienti oncologici (Obiettivo CIV anno 2015)			2,5%	0%	Indicatore: n. pazienti in lista oltre soglia=0; Ufficio di verifica: SC UOSE
	Attivazione della accettazione e prenotazione periferica delle prestazioni ambulatoriali. (Obiettivo CIV anno 2014)	2,5%	2,5%			
10	Prosecuzione delle attività di accettazione e prenotazione periferica delle prestazioni ambulatoriali.				5%	Indicatore: n. prestazione ambulatoriali esterne accettate dal reparto rispetto al n. di prestazioni accettate totali; Ufficio di verifica: SC UOSE
11	Inizio del tempo chirurgico non oltre le 8.30, rispetto dei tempi inter intervento non superiori a 30 minuti e corretta programmazione delle sedute operatorie	2,5%	1,25%	2,5%	10%	Indicatore: n. interventi che rispettano la tempistica dell'obiettivo sul n. totale registro di sala operatoria; Ufficio di Verifica: SSD Direzione Medica di Presidio
12	Utilizzo della posta pneumatica	2,5%	2,5%		5%	Indicatore: Effettivo utilizzo registrato dal sistema informatizzato; Ufficio di verifica: SC Area Tecnica

**OBIETTIVI
2015-2016**

SSD Chirurgia Generale Indirizzo Senologico

Dott. Sergio Diotaiuti


		Obiettivo 2014		Obiettivo 2015-2016		N. 9
	Avvio percorsi integrati, con costituzione di appositi teams multidisciplinari. (Obiettivo CIV anno 2014)	2,5%	2,5%			
13	Monitoraggio della percentuale dei pazienti trattati in team multidisciplinari al fine di giungere ad una valutazione multidisciplinare in almeno il 50% dei pazienti ricoverati a partire dal 1 settembre 2015 al 31 dicembre 2015 - (Obiettivo CIV anno 2015)			2,5%	0%	Indicatore: il n. di schede/ricoveri trattati in team rispetto al n. ricoveri totali; Ufficio di verifica: SSD Direzione Medica di Presidio
	Collaborazione all'adeguamento/completamento del sito web con offerta dettagliata dei percorsi integrati garantiti dalla struttura. (Obiettivo CIV anno 2014)	2,5%	2,5%			
	Avvio Breast Unit in modo da soddisfare, entro un anno, tutte le condizioni necessarie alla certificazione EUSOMA (Obiettivo CIV anno 2014)	5,0%	5,0%			
14	Adeguamento ai criteri quali/quantitativi per la certificazione EUSOMA della Breast Unit (Obiettivo CIV 2015)			5%	5%	Indicatore: Relazione tecnica con relativo cronoprogramma per il conseguimento della certificazione EUSOMA; Ufficio di verifica: SSD Direzione Medica di Presidio
15	Collaborazione attiva nella realizzazione degli adempimenti previsti dal D.Lgs. 81/08 e s.m.i.			5%	10%	Indicatore: n. richieste evase positivamente/ n. richieste pervenute; Ufficio di verifica: Servizio Prevenzione e Protezione
OBIETTIVO DI QUALITA' (valore max 10)		Valore	Raggiunto nel 2014	Obiettivo Dirigenti	Obiettivo Comparto	Indicatore ed Ufficio di verifica
16	Almeno un audit clinico e/o organizzativo al mese	2,5%	0,0%	2,5%	5%	Indicatore: N. verbali protocollati Audit clinici; Ufficio di verifica: SS Qualità e Risk management
17	Utilizzo della check list di sala operatoria	2,5%	1,25%	2,5%		Indicatore: n. check list rispetto al n. interventi; Ufficio di verifica: SS Qualità e Risk management
	Collaborazione attiva alla certificazione ISO9001 e/o dell'accreditamento OECI delle attività cliniche, scientifiche ed amministrative dell'Istituto	5%	5,0%			
18	Collaborazione attiva alle attività propedeutiche alla verifica del Ministero della Salute per il riconoscimento del carattere scientifico di IRCCS			5%	5%	Indicatore: Aggiornamento relazione per la conferma del carattere scientifico per quanto di competenza; Ufficio di verifica: Direzione Scientifica
OBIETTIVI SCIENTIFICI (valore max 30)		Valore	Raggiunto nel 2014	Obiettivo Dirigenti	Obiettivo Comparto	Indicatore ed Ufficio di verifica
19	Collaborazione all'attività scientifica traslazionale				30%	Indicatore: Attestazione Responsabile U.O.; Ufficio di verifica: Direzione Scientifica
20	Almeno 1 lavoro scientifico nell'anno 2015 ed almeno 2 lavori scientifici nel 2016 con IF totale >= a 2.5 nel 2015 e IF totale >= 5 nel 2016 in cui il primo/ultimo autore fa parte della U.O.	20%	3%	20%	0%	Indicatore: N. lavori pubblicati con IF con primo/ultimo nome; Ufficio di verifica: Direzione Scientifica
21	Almeno 2 richieste di finanziamento per progetti di ricerca inviate ad enti pubblici e privati, escluso il Ministero della Salute	10%	0%	10%	0%	Indicatore: N. richieste di finanziamento acquisite con protocollo generale; Ufficio di verifica: Direzione Scientifica
TOTALE		100%	41/95x100= 42,63%	100%	100%	

23/09/2015

Il Responsabile SSD

F. to Dott. Sergio Diotaiuti

LEGENDA:

 Obiettivi raggiunti nel 2014 non confermati per gli anni 2015-2016

Nota: Le integrazioni degli obiettivi 2015 sono riportate in corsivo e si intendono valide dalla data di sottoscrizione

**OBIETTIVI
2015-2016**

SSD Chirurgia Plastica e ricostruttiva
Dott. Cosmo Ressa

		Obiettivo 2014		Obiettivo 2015-2016		N. 10
OBIETTIVI ECONOMICI (valore max 20)		Valore	Raggiunto nel 2014	Obiettivo Dirigenti	Obiettivo Comparto	Indicatore ed Ufficio di verifica
1	Incremento del valore delle prestazioni ambulatoriali di almeno il 15% rispetto all'anno precedente	10%	10%	5%	0%	Indicatore: % incremento valore Prestazioni esterne 2015-2014 nel 2015 e 2016-2015 nel 2016; Ufficio di verifica: SS Controllo di Gestione
2	Decremento dei costi per consumi di beni sanitari rispetto all'anno precedente, in rapporto ai volumi di produzione, anche attraverso il completo utilizzo dei fondi di ricerca corrente e finalizzata a tal fine destinati	10%	10%	5%	0%	Indicatore: (Prestazioni esterne e interne)/(Consumi sanitari - acquisti con fondi ricerca) 2015-2014 nel 2015 e 2016-2015 nel 2016 - Ufficio di verifica: SS Controllo di Gestione
	<i>Riduzione del valore economico delle rimanenze di reparto di almeno il 30% rispetto all'anno precedente</i>	2,5%	2,50%			
3	<i>Rispetto delle procedure individuate dalla SC Farmacia finalizzate alla ottimizzazione della gestione delle rimanenze di reparto (Obiettivo CIV anno 2015)</i>			5%	10%	Indicatore: Report semestrale rimanenze di reparto e n. moduli scaduti inversamente proporzionale al raggiungimento; Ufficio di verifica: SC Farmacia
4	<i>Ottimizzazione dell'uso delle risorse assegnate attraverso l'organizzazione che consenta il rispetto delle ore di straordinario di budget assegnate</i>			5%	10%	Indicatore: differenza ore effettive e- ore budget <=0; Ufficio di verifica: SC AGRU
OBIETTIVI SANITARI E ORGANIZZATIVI (valore max 40)		Valore	Raggiunto nel 2014	Obiettivo Dirigenti	Obiettivo Comparto	Indicatore ed Ufficio di verifica
5	Utilizzo corrente della cartella clinica, ambulatoriale ed infermieristica informatizzata	5%	N.V.	5%	10%	Indicatore: rapporto % tra n. cartelle anestesiolgiche e n. interventi, n. cartelle ambulatoriali e n. prestazioni ambulatoriali, n. cartelle clinice/infermieristiche e n. ricoveri; Ufficio di verifica: SSD Direzione Medica di Presidio
	Attivazione delle procedure di prericovero centralizzato per intervento chirurgico	2,5%	N.V.			
	Tempi di attesa per le prestazioni diagnostiche non superiori a 10 giorni e prestazioni terapeutiche non superiore a 30 giorni per i pazienti con patologia oncologica sospetta o diagnosticata	5,0%	5,00%			
6	<i>Adeguamento alle linee guida nazionali delle liste di attesa dei pazienti oncologici (Obiettivo CIV anno 2015)</i>			10%	0%	Indicatore: n. pazienti in lista oltre soglia=0; Ufficio di verifica: SC UOSE
	Attivazione della accettazione e prenotazione periferica delle prestazioni ambulatoriali. (Obiettivo CIV anno 2014)	5,0%	5,00%			
7	Prosecuzione delle attività di accettazione e prenotazione periferica delle prestazioni ambulatoriali.				5%	Indicatore: n. prestazioni ambulatoriali esterne accettate dal reparto rispetto al n. di prestazioni accettate totali; Ufficio di verifica: SC UOSE
8	Inizio del tempo chirurgico non oltre le 8.40 , rispetto dei tempi inter intervento non superiori a 30 minuti e corretta programmazione delle sedute operatorie	5,0%	2%	5%	10%	Indicatore: n. interventi che rispettano la tempistica dell'obiettivo sul n. totale- Registro di sala operatoria; Ufficio di Verifica: SSD Direzione Medica di Presidio
9	Utilizzo della posta pneumatica	2,50%	2,5%		5%	Indicatore: Effettivo utilizzo registrato dal sistema informatizzato; Ufficio di verifica: SC Area Tecnica
	Avvio percorsi integrati, con costituzione di appositi teams multidisciplinari. (Obiettivo CIV)	5,0%	5,00%			
10	<i>Monitoraggio della percentuale dei pazienti trattati in teams multidisciplinari al fine di giungere ad una valutazione multidisciplinare in almeno il 50% dei pazienti ricoverati a partire dal 1 settembre 2015 al 31 dicembre 2015 - (Obiettivo CIV anno 2015)</i>			5%	0%	Indicatore: il n. di schede/ricoveri trattati in team rispetto al n. ricoveri totali; Ufficio di verifica: SSD Direzione Medica di Presidio
	Collaborazione all'adeguamento/completamento del sito web con offerta dettagliata dei percorsi integrati garantiti dalla struttura. (Obiettivo CIV anno 2014)	2,5%	2,50%			

**OBIETTIVI
2015-2016**

SSD Chirurgia Plastica e ricostruttiva
Dott. Cosmo Ressa

		Obiettivo 2014		Obiettivo 2015-2016		N. 10
	Avvio Breast Unit in modo da soddisfare, entro un anno, tutte le condizioni necessarie alla certificazione EUSOMA (Obiettivo CIV anno 2014)	5,0%	5,00%			
11	Adeguamento ai criteri quali/quantitativi per la certificazione EUSOMA della Breast Unit (Obiettivo CIV 2015)			10%	5%	Indicatore: Relazione tecnica con relativo cronoprogramma per il conseguimento della certificazione EUSOMA; Ufficio di verifica: SSD Direzione Medica di Presidio
12	Collaborazione attiva nella realizzazione degli adempimenti previsti dal D.Lgs .81/08 e s.m.i.			5%	5%	Indicatore: n. richieste evase positivamente/ n. richieste pervenute; Ufficio di verifica: Servizio Prevenzione e Protezione
OBIETTIVO DI QUALITA' (valore max 10)		Valore	Raggiunto nel 2014	Obiettivo Dirigenti	Obiettivo Comparto	Indicatore ed Ufficio di verifica
13	Almeno un audit clinico e/o organizzativo al mese	2,5%	0%	2,5%		Indicatore: N. verbali protocollati Audit clinici; Ufficio di verifica: SS Qualità e Risk management
14	Utilizzo della check list di sala operatoria	2,5%	1,25%	2,5%	5%	Indicatore: n. check list rispetto al n. interventi; Ufficio di verifica: SS Qualità e Risk management
	Collaborazione attiva alla certificazione ISO9001 e/o dell'accreditamento OECD delle attività cliniche, scientifiche ed amministrative dell'Istituto	5%	5,0%			
15	Collaborazione attiva alle attività propedeutiche alla verifica del Ministero della Salute per il riconoscimento del carattere scientifico di IRCCS			5%	5%	Indicatore: Aggiornamento relazione per la conferma del carattere scientifico per quanto di competenza; Ufficio di verifica: Direzione Scientifica
OBIETTIVI SCIENTIFICI (valore max 30)		Valore	Raggiunto nel 2014	Obiettivo Dirigenti	Obiettivo Comparto	Indicatore ed Ufficio di verifica
16	Collaborazione all'attività scientifica traslazionale				30%	Indicatore: Attestazione Responsabile U.O.; Ufficio di verifica: Direzione Scientifica
17	Almeno n. 1 lavoro scientifico nell'anno 2015 con IF e n. 2 lavori scientifici nel 2016 con IF totale >= 2.5 in cui il primo/ultimo autore fa parte della U.O.	20%	0%	20%	0%	Indicatore: N. lavori pubblicati con IF con primo/ultimo nome; Ufficio di verifica: Direzione Scientifica
18	Almeno n.2 richieste di finanziamento per progetti di ricerca inviate ad enti pubblici e/o privati, escluso il Ministero della Salute	10%	0%	10%	0%	Indicatore: N. richieste di finanziamento acquisite con protocollo generale; Ufficio di verifica: Direzione Scientifica
TOTALE		100%	55,75/92,5x100 60,27%	100%	100%	Bari, 28/09/2015

I presenti obiettivi si intendono riconfermati anche per l'anno 2016 nelle more della ricontrattazione

Il Responsabile dell'UO
F.to Dott. Cosimo Ressa

LEGENDA:

Obiettivi raggiunti nel 2014 non confermati per gli anni 2015-2016

Nota: Le integrazioni degli obiettivi 2015 sono riportate in corsivo e si intendono valide dalla data di sottoscrizione

**OBIETTIVI
2015-2016**

SSD Fisica Sanitaria

Dott. Perna Nicola

			Obiettivo 2014		Obiettivo 2015-2016		N. 11
OBIETTIVI ECONOMICI			Valore	Raggiunto nel 2014	Obiettivo Dirigenti	Obiettivo Comparto	Indicatore ed Ufficio di verifica
OBIETTIVI SANITARI E ORGANIZZATIVI			Valore	Raggiunto nel 2014	Obiettivo Dirigenti	Obiettivo Comparto	Indicatore ed Ufficio di verifica
	<i>Prosecuzione delle attività</i> di elaborazione delle procedure relative al percorso dello studio dosimetrico dei pazienti sottoposti a radioterapia		15%	15%			
	Attivazione IORT		20%	20%			
1	Attività inerente la IORT				20%	20%	Indicatore: Attestazione SSD Radioterapia; Ufficio di verifica: SSD Direzione Medica di Presidio
2	Articolazione dell'orario di lavoro <i>coerente con le necessità rappresentate dalla diverse UU.OO.</i> tenuto conto delle risorse assegnate		15%	15%	15%	15%	Indicatore: Turni di servizio.; Ufficio di verifica: SSD Direzione Medica di Presidio
	Collaborazione all'adeguamento/completamento del sito web con offerta dettagliata dei percorsi integrati garantiti dalla struttura. (Obiettivo CIV anno 2014)		10,0%	10,0%			
3	<i>Esecuzione dei controlli di qualità sulle apparecchiature in dotazione dell'Istituto</i>				15%	15%	Indicatore: Rispetto periodicità di legge; Ufficio di verifica: SSD Direzione Medica di Presidio
4	<i>Partecipazione ai team multidisciplinari (Obiettivo CIV anno 2015)</i>				5%	0%	Indicatore: n. partecipazioni rispetto al n. di sedute; Ufficio di verifica: SSD Direzione Medica di Presidio
5	<i>Collaborazione attiva nella realizzazione degli adempimenti previsti dal D.Lgs .81/08 e s.m.i.</i>				5%	10%	Indicatore: n. richieste evase positivamente/ n. richieste pervenute; Ufficio di verifica: Servizio Prevenzione e Protezione
OBIETTIVO DI QUALITA' (valore max 10)			Valore	Raggiunto nel 2014	Obiettivo Dirigenti	Obiettivo Comparto	Indicatore ed Ufficio di verifica
6	Partecipazione ad un audit clinico e / o organizzativo al mese		5%	5%	5%	5%	Indicatore: N. verbali protocollati Audit; Ufficio di verifica: SS Qualità e Risk management
	Collaborazione attiva alla certificazione ISO9001 e/o dell'accreditamento OECE delle attività cliniche, scientifiche ed amministrative dell'Istituto		5%	5,0%			
7	<i>Collaborazione attiva alle attività propedeutiche alla verifica del Ministero della Salute per il riconoscimento del carattere scientifico di IRCCS</i>				5%	5%	Indicatore: Aggiornamento relazione per la conferma del carattere scientifico per quanto di competenza; Ufficio di verifica: Direzione Scientifica
OBIETTIVI SCIENTIFICI (valore max 30)			Valore	Raggiunto nel 2014	Obiettivo Dirigenti	Obiettivo Comparto	Indicatore ed Ufficio di verifica
8	<i>Collaborazione all'attività scientifica traslazionale</i>					30%	Indicatore: Attestazione Responsabile U.O.; Ufficio di verifica: Direzione Scientifica
9	Almeno n. 1 lavoro scientifico nell'anno 2015 con IF e almeno n. 1 lavoro scientifico nel 2016 con IF totale >=2.5		20%	0%	20%	0%	Indicatore: N. lavori pubblicati con IF con primo/ultimo nome; Ufficio di verifica: Direzione Scientifica
10	Almeno 1 richiesta di finanziamento per progetti di ricerca inviate ad enti pubblici e privati, escluso il Ministero della Salute		10%	0%	10%	0%	Indicatore: N. richieste di finanziamento acquisite con protocollo generale; Ufficio di verifica: Direzione Scientifica
TOTALE			100%	70%	100%	100%	

I presenti obiettivi si intendono riconfermati anche per l'anno 2016 nelle more della ricontrattazione

LEGENDA:

Obiettivi raggiunti nel 2014 non confermati per gli anni 2015-2016

Nota: Le integrazioni degli obiettivi 2015 sono riportate in corsivo e si intendono valide dalla data di sottoscrizione

Bari, 28/09/2015

Il Responsabile F.F.
f.to Dott. Perna Nicola

**OBIETTIVI
2015-2016**

SSD Gastroenterologia - Endoscopia Digestiva

Dott. Francesco Scotto

				Obiettivo 2014		Obiettivo 2015-2016		N. 12
OBIETTIVI ECONOMICI (valore max 20)				Valore	Raggiunto nel 2014	Obiettivo Dirigenti	Obiettivo Comparto	Indicatore ed Ufficio di verifica
	Mantenimento/Incremento del valore della produzione rispetto all'anno precedente, a parità di risorse assegnate (personale, posti letto ecc..)	10%	10%					
1	Incremento del 15% del valore della produzione rispetto all'anno precedente, a parità di risorse assegnate (personale, posti letto ecc..)			10%	0%	Indicatore: Prestazioni esterne 2015-2014; Ufficio di verifica: SS Controllo di Gestione		
2	Decremento dei costi per consumi di beni sanitari rispetto all'anno precedente, in rapporto ai volumi di produzione, anche attraverso il completo utilizzo dei fondi di ricerca corrente e finalizzata a tal fine destinati	10%	10%	5%	0%	Indicatore: (Prestazioni esterne)/(Consumi sanitari - acquisti con fondi ricerca) 2015 - 2014 - Ufficio di verifica: SS Controllo di Gestione		
3	<i>Ottimizzazione dell'uso delle risorse assegnate attraverso l'organizzazione che consenta il rispetto delle ore di straordinario di budget assegnate</i>			5%	20%	Indicatore: differenza ore effettive e- ore budget<=0; Ufficio di verifica: SC AGRU		
OBIETTIVI SANITARI E ORGANIZZATIVI (valore max 40)				Valore	Raggiunto nel 2014	Obiettivo Dirigenti	Obiettivo Comparto	Indicatore ed Ufficio di verifica
4	Utilizzo corrente della cartella ambulatoriale ed infermieristica informatizzata	5%	5%	5%	20%	Indicatore: rapporto % tra n. cartelle ambulatoriali e n. prestazioni ambulatoriali; Ufficio di verifica: SSD Direzione Medica di Presidio		
	Tempi di attesa per le prestazioni diagnostiche non superiori a 10 giorni per i pazienti con patologia oncologica sospetta o diagnosticata	10%	10%					
5	<i>Adeguamento alle linee guida nazionali delle liste di attesa dei pazienti oncologici (Obiettivo CIV anno 2015)</i>			10%	0%	Indicatore: n. pazienti in lista oltre soglia=0; Ufficio di verifica: SC UOSE		
	Attivazione della accettazione e prenotazione periferica delle prestazioni ambulatoriali. (Obiettivo CIV anno 2014)	5%	5%					
6	Prosecuzione delle attività di accettazione e prenotazione periferica delle prestazioni ambulatoriali.				10%	Indicatore: n. prestazione ambulatoriali esterne accettate dal reparto rispetto al n. di prestazioni accettate totali; Ufficio di verifica: SC UOSE		
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	5%	5%	5%	0%	Indicatore: n. referti eseguiti secondo la tempistica dell'obiettivo rispetto a quelli inviati; Ufficio di verifica: SSD Direzione Medica di Presidio		
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	5%	5%	10%	0%	Indicatore: Tabulati prenotazioni prestazioni ambulatoriali; Ufficio di verifica: SSD Direzione Medica di presidio		
	<i>Avvio percorsi integrati, con costituzione di appositi teams multidisciplinari. (Obiettivo CIV anno 2014)</i>	5,0%	5,0%					
9	<i>Partecipazione ai team multidisciplinari (Obiettivo CIV anno 2015)</i>			5%	0%	Indicatore: n. partecipazioni rispetto al n. di sedute; Ufficio di verifica: SSD Direzione Medica di Presidio		
	Collaborazione all'adeguamento/completamento del sito web con offerta dettagliata dei percorsi integrati garantiti dalla struttura. (Obiettivo CIV anno 2014)	5,0%	5,0%					
10	<i>Collaborazione attiva nella realizzazione degli adempimenti previsti dal D.Lgs .81/08 e s.m.i.</i>			5%	10%	Indicatore: n. richieste evase positivamente/ n. richieste pervenute; Ufficio di verifica: Servizio Prevenzione e Protezione		

OBIETTIVI
2015-2016

SSD Gastroenterologia - Endoscopia Digestiva

Dott. Francesco Scotto

OBIETTIVO DI QUALITA' (valore max 10)		Obiettivo 2014		Obiettivo 2015-2016		Indicatore ed Ufficio di verifica
		Valore	Raggiunto nel 2014	Obiettivo Dirigenti	Obiettivo Comparto	
11	Almeno un audit clinico <i>e/o organizzativo</i> al mese	5%	5%	5%	5%	Indicatore: N. verbali protocollati Audit clinici; Ufficio di verifica: SS Qualità e Risk management
	Collaborazione attiva alla certificazione ISO9001 e/o dell'accREDITAMENTO OECl delle attività cliniche, scientifiche ed amministrative dell'Istituto	5%	5,0%			
12	<i>Collaborazione attiva alle attività propedeutiche alla verifica del Ministero della Salute per il riconoscimento del carattere scientifico di IRCCS</i>			5%	5%	Indicatore: Aggiornamento relazione per la conferma del carattere scientifico per quanto di competenza; Ufficio di verifica: Direzione Scientifica
OBIETTIVI SCIENTIFICI (valore max 30)		Valore	Raggiunto nel 2014	Obiettivo Dirigenti	Obiettivo Comparto	Indicatore ed Ufficio di verifica
13	<i>Collaborazione all'attività scientifica traslazionale</i>				30%	Indicatore: Attestazione Responsabile U.O.; Ufficio di verifica: Direzione Scientifica
14	Almeno <i>n. 1 lavoro scientifico nell'anno 2015 con IF e almeno n. 1 lavoro scientifico nel 2016 con IF totale >= 2.5</i> in cui il primo/ultimo autore fa parte della U.O.	20%	0%	20%	0%	Indicatore: N. lavori pubblicati con IF con primo/ultimo nome; Ufficio di verifica: Direzione Scientifica
15	Almeno 1 richieste di finanziamento per progetti di ricerca inviata ad enti pubblici e privati	10%	0%	10%	0%	Indicatore: N. richieste di finanziamento acquisite con protocollo generale; Ufficio di verifica: Direzione Scientifica
TOTALE		100%	70,00%	100%	100%	

I presenti obiettivi si intendono riconfermati anche per l'anno 2016 nelle more della ricontrattazione

Bari, 28/09/2015

LEGENDA:

Obiettivi raggiunti nel 2014 non confermati per gli anni 2015-2016

Il Responsabile

F. to Dott. Francesco Scotto

Nota: Le integrazioni degli obiettivi 2015 sono riportate in corsivo e si intendono valide dalla data di sottoscrizione

OBIETTIVI
2015-2016

SSD Ginecologia Oncologica

Dr. Gaetano Falco

OBIETTIVI ECONOMICI (valore max 20)		Obiettivo 2014		Obiettivo 2015-2016		N. 13 Indicatore ed Ufficio di verifica
		Valore	Raggiunto nel 2014	Obiettivo Dirigenti	Obiettivo Comparto	
1	Incremento del valore della produzione di almeno il 15% rispetto all'anno precedente, a parità di risorse assegnate (personale, posti letto ecc.)	10%	N.V	10%	0%	Indicatore: % incremento valore RO+DH+Prestazioni esterne e interne 2015-2014; Ufficio di verifica: SS Controllo di Gestione
2	Decremento dei costi per consumi di beni sanitari rispetto all'anno precedente, in rapporto ai volumi di produzione, anche attraverso il completo utilizzo dei fondi di ricerca corrente e finalizzata a tal fine destinati	10%	0%	5%	0%	Indicatore: (RO+DH+Prestazioni esterne e interne)/(Consumi sanitari - File F- acquisti con fondi ricerca) 2015 - 2014 - Ufficio di verifica: SS Controllo di Gestione
3	Ottimizzazione dell'uso delle risorse assegnate attraverso l'organizzazione che consenta il rispetto delle ore di straordinario di budget assegnate			5%	20%	Indicatore: differenza ore effettiv e- ore budget<=0; Ufficio di verifica: SC AGRU
OBIETTIVI SANITARI E ORGANIZZATIVI (valore max 40)		Valore	Raggiunto nel 2014	Obiettivo Dirigenti	Obiettivo Comparto	Indicatore ed Ufficio di verifica
4	Non superamento del valore soglia previsto dalla Regione per i DRG ad elevato rischio di inappropriata e per la durata di ricovero. <i>Appropriatezza del setting assistenziale</i>	2,5%	2,5%	5%	0%	Indicatore: n. DRG a rischio inappropriata=0 - n. ricoveri oltre soglia=0 - n. ricoveri inappropriati secondo il MAAP=0; Ufficio di verifica: SC UOSE
5	Utilizzo corrente della cartella clinica, ambulatoriale ed infermieristica informatizzata	2,5%	N.V.	2,5%	10%	Indicatore: rapporto % tra n. cartelle anestesologiche e n. interventi, n. cartelle ambulatoriali e n. prestazioni ambulatoriali, n. cartelle cliniche/infermieristiche e n. ricoveri; Ufficio di verifica: SSD Direzione Medica di Presidio
6	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.	2,5%	2,5%	2,5%	0%	Indicatore: Controllo mensile liste di attesa; Ufficio di verifica: SSD Direzione Medica di Presidio
7	Numero dei DRG in pazienti oncologici o con sospetto oncologico non inferiore al 70% di quelli totali da luglio solo su attività DH	5%	5%	5%	0%	Indicatore: n. DRG Oncologici <70% del totale DRG; Ufficio di verifica: UOSE
8	Tasso di occupazione dei posti letto non inferiore al 75% nel rispetto dei criteri di appropriatezza clinica ed organizzativa, da luglio solo su attività DH	5,0%	0,0%	5%	0%	Indicatore: Tasso di occupazione - Scheda DRG; Ufficio di verifica: UOSE
	Attivazione delle procedure di prericovero centralizzato per intervento chirurgico	2,5%	N.V.			
	Tempi di attesa per le prestazioni diagnostiche non superiori a 10 giorni e prestazioni terapeutiche non superiore a 30 giorni per i pazienti con patologia oncologica sospetta o diagnosticata	2,5%	2,5%			
9	Adeguamento alle linee guida nazionali delle liste di attesa dei pazienti oncologici (Obiettivo CIV anno 2015)			5,0%	0%	Indicatore: n. pazienti in lista oltre soglia=0; Ufficio di verifica: SC UOSE
10	Attivazione della accettazione e prenotazione periferica delle prestazioni ambulatoriali. (Obiettivo CIV anno 2014)	2,5%	1,25%		10%	Indicatore: n. prestazione ambulatoriali esterne accettate dal reparto rispetto al n. di prestazioni accettate totali; Ufficio di verifica: SC UOSE
11	Inizio del tempo chirurgico non oltre le 8.40, rispetto dei tempi inter intervento non superiori a 30 minuti e corretta programmazione delle sedute operatorie	2,5%	1,25%	2,5%	10%	Indicatore: n. interventi che rispettano la tempistica dell'obiettivo sul n. totale- Registro di sala operatoria; Ufficio di Verifica: SSD Direzione Medica di Presidio
12	Utilizzo della posta pneumatica	2,5%	2,5%		5%	Indicatore: Effettivo utilizzo registrato dal sistema informatizzato; Ufficio di verifica: SC Area Tecnica
13	Incremento delle attività ambulatoriali del 5% rispetto all'anno precedente	2,5%	0,0%	5%	0%	Indicatore: % incremento n. prestazioni ambulatoriali 2015-2014 per l'anno 2015 e 2016-2015 per l'anno 2016; Ufficio di verifica: SC UOSE

**OBIETTIVI
2015-2016**

SSD Ginecologia Oncologica

Dr. Gaetano Falco

		Obiettivo 2014		Obiettivo 2015-2016		N. 13
	Avvio percorsi integrati, con costituzione di appositi teams multidisciplinari. (Obiettivo CIV anno 2014)	5,0%	5,0%			
14	Monitoraggio della percentuale dei pazienti trattati in teams multidisciplinari al fine di giungere ad una valutazione multidisciplinare in almeno il 50% dei pazienti ricoverati a partire dal 1 settembre 2015 al 31 dicembre 2015 - (Obiettivo CIV anno 2015)			2,5%	0%	Indicatore: il n. di schede/ricoveri trattati in team rispetto al n. ricoveri totali; Ufficio di verifica: SSD Direzione Medica di Presidio
	Collaborazione all'adeguamento/completamento del sito web con offerta dettagliata dei percorsi integrati garantiti dalla struttura. (Obiettivo CIV anno 2014)	2,5%	2,5%			
15	Collaborazione attiva nella realizzazione degli adempimenti previsti dal D.Lgs .81/08 e s.m.i.			5%	5%	Indicatore: n. richieste evase positivamente/ n. richieste pervenute; Ufficio di verifica: Servizio Prevenzione e Protezione
OBIETTIVO DI QUALITA' (valore max 10)		Valore	Raggiunto nel 2014	Obiettivo Dirigenti	Obiettivo Comparto	Indicatore ed Ufficio di verifica
16	Almeno un audit clinico e/o organizzativo al mese	2,5%	0,0%	2,5%	5%	Indicatore: N. verbali protocollati Audit clinici; Ufficio di verifica: SS Qualità e Risk management
17	Utilizzo della check list di sala operatoria	2,5%	2,5%	2,5%	0%	Indicatore: n. check list rispetto al n. interventi; Ufficio di verifica: SS Qualità e Risk management
	Collaborazione attiva alla certificazione ISO9001 e/o dell'accreditamento OEIC delle attività cliniche, scientifiche ed amministrative dell'Istituto	5%	5,0%			
18	Collaborazione attiva alle attività propedeutiche alla verifica del Ministero della Salute per il riconoscimento del carattere scientifico di IRCCS			5%	5%	Indicatore: Aggiornamento relazione per la conferma del carattere scientifico per quanto di competenza; Ufficio di verifica: Direzione Scientifica
OBIETTIVI SCIENTIFICI (valore max 30)		Valore	Raggiunto nel 2014	Obiettivo Dirigenti	Obiettivo Comparto	Indicatore ed Ufficio di verifica
19	Collaborazione all'attività scientifica traslazionale				30%	Indicatore: Attestazione Responsabile U.O.; Ufficio di verifica: Direzione Scientifica
20	Almeno n.1 lavoro scientifico su riviste con IF e n. 1 lavoro scientifico con IF >= 2.5 nel 2016 in cui il primo/ultimo autore fa parte della U.O.	20%	1%	20%	0%	Indicatore: N. lavori pubblicati con IF con primo/ultimo nome; Ufficio di verifica: Direzione Scientifica
21	Almeno n. 2 richieste di finanziamento per progetti di ricerca inviate ad enti pubblici e privati, escluso il Ministero della Salute	10%	0%	10%	0%	Indicatore: N. richieste di finanziamento acquisite con protocollo generale; Ufficio di verifica: Direzione Scientifica
TOTALE		100%	$33,5/85 \times 100 =$ 39,41%	100%	100%	

I presenti obiettivi si intendono riconfermati anche per l'anno 2016 nelle more della ricontrattazione

Bari, 28/09/2015
Il Responsabile UOC
F. to Dr. Gaetano Falco

LEGENDA:

Obiettivi raggiunti nel 2014 non confermati per gli anni 2015-2016

Nota: Le integrazioni degli obiettivi 2015 sono riportate in corsivo e si intendono valide dalla data di sottoscrizione

Annotazioni a verbale dell'incontro del 28/09/2015:

- Il Dott. Falco evidenzia che dal 1 gennaio 2016 verrà posto in quiescenza e, pertanto, nel 2016 l'obiettivo n. 1 non potrà essere raggiunto.
- Il Dott. Falco relativamente all'obiettivo n.13 evidenzia l'impossibilità di raggiungere un incremento delle prestazioni ambulatoriali del 20% a causa sia delle ferie per prepensionamento sia dell'avaria di alcune attrezzature. Propone il 5% che viene accettato dalla Direzione Strategica

**OBIETTIVI
2015-2016**

SSD Oncologica Medica ad indirizzo Sperimentale
Dott. Angelo Paradiso

N. 14

		Obiettivo 2014		Obiettivo 2015-2016	
OBIETTIVI ECONOMICI (valore max 20)		Valore	Raggiunto nel 2014	Obiettivo Dirigenti	Indicatore ed Ufficio di verifica
1	Incremento del valore della produzione del 15% rispetto all'anno precedente, a parità di risorse assegnate	10%	10%	10%	Indicatore: % incremento valore prestazioni esterne 2015-2014 per l'anno 2015 e 2016-2015 per l'anno 2016; Ufficio di verifica: SS Controllo di Gestione
2	Decremento dei costi per consumi di beni sanitari rispetto all'anno precedente, in rapporto ai volumi di produzione, anche attraverso il completo utilizzo dei fondi di ricerca corrente e finalizzata a tal fine destinati	10%	10%	10%	Indicatore: (Prestazioni esterne e interne)/(Consumi sanitari - acquisti con fondi ricerca) 2015- 2014 per l'anno 2015 e 2016-2015 per l'anno 2016; Ufficio di verifica: SS Controllo di Gestione
OBIETTIVI SANITARI E ORGANIZZATIVI (valore max 40)		Valore	Raggiunto nel 2014	Obiettivo Dirigenti	Indicatore ed Ufficio di verifica
3	Utilizzo corrente della cartella ambulatoriale informatizzata	5%	N.V.	5%	Indicatore: rapporto % tran. cartelle ambulatoriali e n. prestazioni ambulatoriali; Ufficio di verifica: SSD Direzione Medica di Presidio
4	Proseguimento delle attività di accettazione e prenotazione periferica delle prestazioni ambulatoriali.	5%	5%	5%	Indicatore: n. prestazione ambulatoriali esterne accettate dal reparto rispetto al n. di prestazioni accettate totali; Ufficio di verifica: SC UOSE
5	Coordinamento delle attività organizzative e manageriali della BIOBANCA	10%	10%	15%	Indicatore: Attivazione delle procedure di certificazione ; Ufficio di verifica: SSD Direzione Medica di Presidio
	Avvio percorsi integrati, con costituzione di appositi teams multidisciplinari, (Obiettivo CIV anno 2014)	5%	5%		
	Collaborazione all'adeguamento/completamento del sito web con offerta dettagliata dei percorsi integrati garantiti dalla struttura. (Obiettivo CIV anno 2014)	5%	5%		
6	Proseguimento e collaborazione alle procedure previste dall'accreditamento OECl per il mantenimento ed il miglioramento della certificazione			10%	Indicatore: n. richieste evase positivamente/ n. richieste pervenute; Ufficio di verifica: Servizio Prevenzione e Protezione
7	Collaborazione attiva nella realizzazione degli adempimenti previsti dal D.Lgs 81/08 e s.m.i.			5%	Indicatore: n. richieste evase positivamente/ n. richieste pervenute; Ufficio di verifica: Servizio Prevenzione e Protezione
OBIETTIVO DI QUALITA' (valore max 10)		Valore	Raggiunto nel 2014	Obiettivo Dirigenti	Indicatore ed Ufficio di verifica
8	Almeno un audit clinico e/o organizzativo al mese	5%	0%	5%	Indicatore: N. verbali protocollati Audit clinici; Ufficio di verifica: SS Qualità e Risk management
	Collaborazione attiva alla certificazione ISO9001 e/o dell'accreditamento OECl delle attività cliniche, scientifiche ed amministrative dell'Istituto	15%	15,0%		
9	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
OBIETTIVI SCIENTIFICI (valore max 30)		Valore	Raggiunto nel 2014	Obiettivo Dirigenti	Indicatore ed Ufficio di verifica
10	Avvio delle attività relative ai progetti di cui alla Deliberazione DG n. 355 del 15 giugno 2015 (Biobanca e medicina molecolare) - (Obiettivo CIV anno 2015)			10%	Indicatore: Relazione tecnica con relativo cronoprogramma relativo alle fasi di attivazione con particolare riferimento alle risorse necessarie ed agli atti amministrativo propedeutici; Ufficio di verifica: SSD Direzione Medica di Presidio
11	Almeno n. 3 lavori scientifici con IF totale >= 15.0 nel 2015 e n. 3 lavori con IF totale >= 20 nel 2016 in cui il primo/ultimo autore fa parte della U.O.	20%	20%	10%	Indicatore: N. lavori pubblicati con IF con primo/ultimo nome; Ufficio di verifica: Direzione Scientifica
12	Almeno n.1 richiesta di finanziamento per progetti di ricerca inviate ad enti pubblici e privati, escluso il Ministero della Salute	10%	10%	10%	Indicatore: N. richieste di finanziamento acquisite con protocollo generale; Ufficio di verifica: Direzione Scientifica
TOTALE		100%	90,95x100=95%	100%	

I presenti obiettivi si intendono riconfermati anche per l'anno 2016 nelle more della ricontrattazione

Bari, 14/10/2015
Il Responsabile SSD
F. to Dr. Angelo Paradiso

LEGENDA:

■ Obiettivi raggiunti nel 2014 non confermati per gli anni 2015-2016

Nota: Le integrazioni degli obiettivi 2015 sono riportate in corsivo e si intendono valide dalla data di sottoscrizione

Annotazioni a verbale dell'incontro del 28/09/2015:

Il Dott.Paradiso per l'obiettivo n. 5 richiede la collaborazione di un contrattista dedicato e di personale part time medico/ biologo e amministrativo
L'incontro con il Dott. Paradiso viene sospeso per valutare alcune problematiche sollevate. Pertanto si rinvia a successivo incontro in data da definire

Annotazioni a verbale dell'incontro del 14/10/2015:

Il Dott. Paradiso dichiara di non potersi dedicare alle attività dell'OECl in quanto ritiene che il lavoro non possa essere portato a termine da solo ed in maniera soddisfacente insieme ad altre tematiche completamente diverse. L'obiettivo "Coordinamento e prosecuzione delle procedure previste dall'accreditamento OECl per il mantenimento ed il miglioramento della certificazione" viene sostituito dall'obiettivo n. 6

**OBIETTIVI
2015-2016**

SSD Patologia Clinica e Sperimentale

Dott.ssa Ines Abbate

		Obiettivo 2014		Obiettivo 2015-2016		N. 15
OBIETTIVI ECONOMICI (valore max 20)		Valore	Raggiunto nel 2014	Obiettivo Dirigenti	Obiettivo Comparto	Indicatore ed Ufficio di verifica
1	Incremento del valore della produzione di almeno il 15% rispetto all'anno precedente, a parità di risorse assegnate (personale, posti letto ecc..)	5%	2,50%	10%	10%	Indicatore: % incremento valore Prestazioni esterne 2015-2014; Ufficio di verifica: SS Controllo di Gestione
2	Decremento dei costi per consumi di beni sanitari rispetto all'anno precedente, in rapporto ai volumi di produzione, anche attraverso il completo utilizzo dei fondi di ricerca corrente e finalizzata a tal fine destinati	5%	2,50%	5%	0%	Indicatore: (Prestazioni esterne)/(Consumi sanitari - File F- acquisti con fondi ricerca) 2015 - 2014 - Ufficio di verifica: SS Controllo di Gestione
3	Ottimizzazione dell'uso delle risorse assegnate attraverso l'organizzazione che consenta il rispetto delle ore di straordinario di budget assegnate			5%	10%	Indicatore: differenza ore effettive- ore budget<=0; Ufficio di verifica: SC AGRU
	Monitoraggio del debito orario del personale assegnato in modo da razionalizzare il ricorso allo straordinario e/o allo straordinario in pronta disponibilità	10%	10,00%			
OBIETTIVI SANITARI E ORGANIZZATIVI (valore max 40)		Valore	Raggiunto nel 2014	Obiettivo Dirigenti	Obiettivo Comparto	Indicatore ed Ufficio di verifica
4	Consolidamento delle procedure informatiche per il completamento della cartella clinica informatizzata e referto on line	5%	5%	5%	10%	Indicatore: Relazione periodica sullo stato di avanzamento delle attività; Ufficio di verifica: SSD Direzione Medica di Presidio
	Attivazione delle procedure di prericovero centralizzato per intervento chirurgico	5%	N.V.			
	Attivazione della accettazione e prenotazione periferica delle prestazioni ambulatoriali. (Obiettivo CIV anno 2014)	15%	N.V.			
5	Refertazione e consegna degli esami entro le 9.30 per i pazienti da sottoporre a chemioterapia ed entro le 12.00 per i pazienti ricoverati	5%	5%	10%	0%	Indicatore: Dichiarazione dei Diretori SC Ematologia e SC Oncologia Medicae delle UU.OO Chirurgiche; Ufficio di verifica: SS Controllo di Gestione
6	Utilizzo della posta pneumatica	5%	5%	10%	10%	Indicatore: Effettivo utilizzo registrato dal sistema informatizzato; Ufficio di verifica: SC Area Tecnica
	Collaborazione all'adeguamento/completamento del sito web con offerta dettagliata dei percorsi integrati garantiti dalla struttura. (Obiettivo CIV anno 2014)	5,00%	5,00%			
7	Collaborazione attiva nella realizzazione degli adempimenti previsti dal D.Lgs .81/08 e s.m.i.			5%	10%	Indicatore: n. richieste evase positivamente/ n. richieste pervenute; Ufficio di verifica: Servizio Prevenzione e Protezione
8	Incremento del numero delle analisi mutazionali rispetto all'anno precedente			10%	10%	Indicatore: N. analisi mutazionali 2015-2014 per l'anno 2015 e N. 2016-2015 per l'anno 2016; Ufficio di verifica: SC UOSE
OBIETTIVO DI QUALITA' (valore max 10)		Valore	Raggiunto nel 2014	Obiettivo Dirigenti	Obiettivo Comparto	Indicatore ed Ufficio di verifica
9	Almeno un audit clinico e/o organizzativo al mese	5%	5%	5%	5%	Indicatore: N. verbali protocollati Audit clinici; Ufficio di verifica: SS Qualità e Risk management
	Collaborazione attiva alla certificazione ISO9001 e/o dell'accreditamento OECDI delle attività cliniche, scientifiche ed amministrative dell'Istituto	5%	5%			
10	Collaborazione attiva alle attività propedeutiche alla verifica del Ministero della Salute per il riconoscimento del carattere scientifico di IRCCS			5%	5%	Indicatore: Aggiornamento relazione per la conferma del carattere scientifico per quanto di competenza; Ufficio di verifica: Direzione Scientifica

OBIETTIVI
2015-2016

SSD Patologia Clinica e Sperimentale

Dott.ssa Ines Abbate

OBIETTIVI SCIENTIFICI (valore max 30)		Obiettivo 2014		Obiettivo 2015-2016		Indicatore ed Ufficio di verifica
		Valore	Raggiunto nel 2014	Obiettivo Dirigenti	Obiettivo Comparto	
11	<i>Collaborazione all'attività scientifica traslazionale</i>				30%	Indicatore: Attestazione Responsabile U.O.; Ufficio di verifica: Direzione Scientifica
12	<i>Almeno 5 lavori con IF nel 2015 e 10 lavori con IF nel 2016 e IF totale >= pari a 20 nel 2015 e 40 nel 2016 in cui il primo/ultimo autore fa parte della U.O.</i>	10%	10%	20%	0%	Indicatore: N. lavori pubblicati con IF con primo/ultimo nome; Ufficio di verifica: Direzione Scientifica
13	<i>Almeno n. 4 nel 2015 e n. 6 nel 2016 richieste di finanziamento per progetti di ricerca inviate ad enti pubblici e privati, escluso il Ministero della Salute</i>	10%	10%	10%	0%	Indicatore: N. richieste di finanziamento acquisite con protocollo generale; Ufficio di verifica: Direzione Scientifica
Incremento del numero delle analisi mutazionali rispetto all'anno precedente		10%	10,00%			
TOTALE		100%	75/80x100= 93,75%	100%	100%	

I presenti obiettivi si intendono riconfermati anche per l'anno 2016 nelle more della ricontrattazione

23/09/2015

LEGENDA:

Obiettivi raggiunti nel 2014 non confermati per gli anni 2015-2016

Nota: Le integrazioni degli obiettivi 2015 sono riportate in corsivo e si intendono valide dalla data di sottoscrizione

Il Responsabile dell'UO
F. to Dott.ssa Ines Abbate

**OBIETTIVI
2015-2016**

SSD Radiodiagnostica Senologica

Dott.ssa Rosalba Dentamaro

N. 16

OBIETTIVI ECONOMICI (valore max 20)		Obiettivo 2014		Obiettivo 2015-2016		Indicatore ed Ufficio di verifica
		Valore	Raggiunto nel 2014	Obiettivo Dirigenti	Obiettivo Comparto	
1	Mantenimento del valore della produzione rispetto all'anno precedente	10%	0%	10%	5%	Indicatore: Valore prestazioni esterne 2015-2014 nell'anno 2015 e 2016-2015 nell'anno 2016; Ufficio di verifica: SS Controllo di Gestione
2	Decremento dei costi per consumi di beni sanitari rispetto all'anno precedente, in rapporto ai volumi di produzione, anche attraverso il completo utilizzo dei fondi di ricerca corrente e finalizzata a tal fine destinati, con particolare riferimento alle pellicole radiografiche	10%	10%	5%	0%	Indicatore: (Prestazioni esterne)/(Consumi sanitari - acquisti con fondi ricerca) 2015 - 2014 - Ufficio di verifica: SS Controllo di Gestione
3	Ottimizzazione dell'uso delle risorse assegnate attraverso l'organizzazione che consenta il rispetto delle ore di straordinario di budget assegnate			5%	15%	Indicatore: differenza ore effettive - ore budget <=0; Ufficio di verifica: SC AGRU
OBIETTIVI SANITARI E ORGANIZZATIVI (valore max 40)		Valore	Raggiunto nel 2014	Obiettivo Dirigenti	Obiettivo Comparto	Indicatore ed Ufficio di verifica
	Utilizzo corrente della cartella clinica e ambulatoriale informatizzata	2,5%	N.V.			
	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 primi accessi, secondo le indicazioni dello specialista prescrittore	5,0%	5,0%			
4	Adeguamento alle linee guida nazionali delle liste di attesa dei pazienti oncologici (Obiettivo CIV anno 2015)			10%	0%	Indicatore: n. pazienti in lista oltre soglia=0; Ufficio di verifica: SC UOSE
5	Esecuzione e refertazione delle prestazioni per i pazienti ricoverati non oltre 72 ore della richiesta	5%	5%	2,5%	0%	Indicatore: n. referti eseguiti secondo la tempistica dell'obiettivo rispetto a quelli inviati; Ufficio di verifica: SSD Direzione Medica di Presidio
	Tempi di attesa per le prestazioni diagnostiche non superiori a 10 giorni e prestazioni terapeutiche non superiore a 30 giorni per i pazienti con patologia oncologica sospetta o diagnosticata	5%	5%			
6	Avvio dell'accettazione e prenotazione periferica delle prestazioni ambulatoriali nell'anno 2015 e consolidamento nel 2016.	5%	5%	0%	10%	Indicatore: n. prestazioni ambulatoriali esterne accettate dal reparto rispetto al n. di prestazioni accettate totali; Ufficio di verifica: SC UOSE
7	Incremento RMN della mammella	5%	5%	5%	0%	Indicatore: N. esami 2015 > 2014 e n. esami 2016 > n. esami 2015; Ufficio di verifica: SSD Direzione Medica di Presidio
	Avvio percorsi integrati, con costituzione di appositi teams multidisciplinari. (Obiettivo CIV anno 2014)	2,5%	2,5%			
8	Partecipazione ai team multidisciplinari (Obiettivo CIV anno 2015)			2,5%	0%	Indicatore: n. partecipazioni rispetto al n. di sedute; Ufficio di verifica: SSD Direzione Medica di Presidio
	Collaborazione all'adeguamento/completamento del sito web con offerta dettagliata dei percorsi integrati garantiti dalla struttura. (Obiettivo CIV anno 2014)	5%	5%			
9	Proposta modello organizzativo della attività ambulatoriale finalizzato ad un miglioramento dell'offerta assistenziale			10%	10%	Indicatore: Relazione modello organizzativo; Ufficio di verifica: SSD Direzione Medica di Presidio
	Avvio Breast Unit in modo da soddisfare, entro un anno, tutte le condizioni necessarie alla certificazione EUSOMA (Obiettivo CIV anno 2014)	5%	5%			
10	Adeguamento ai criteri quali/quantitativi per la certificazione EUSOMA della Breast Unit (Obiettivo CIV 2015)			5%	10%	Indicatore: Relazione tecnica con relativo cronoprogramma per il conseguimento della certificazione EUSOMA; Ufficio di verifica: SSD Direzione Medica di Presidio
11	Collaborazione attiva nella realizzazione degli adempimenti previsti dal D.Lgs .81/08 e s.m.i.			5%	10%	Indicatore: n. richieste evase positivamente/ n. richieste pervenute; Ufficio di verifica: Servizio Prevenzione e Protezione
OBIETTIVO DI QUALITA' (valore max 10)		Valore	Raggiunto nel 2014	Obiettivo Dirigenti	Obiettivo Comparto	Indicatore ed Ufficio di verifica

**OBIETTIVI
2015-2016**

SSD Radiodiagnostica Senologica

Dott.ssa Rosalba Dentamaro

N. 16

		Obiettivo 2014		Obiettivo 2015-2016		
12	Almeno un audit clinico <i>e/o organizzativo</i> al mese	5%	0%	5%	0%	Indicatore: N. verbali protocollati Audit clinici; Ufficio di verifica: SS Qualità e Risk management
	Collaborazione attiva alla certificazione ISO9001 e/o dell'accreditamento OECD delle attività cliniche, scientifiche ed amministrative dell'Istituto	5%	5,0%			
13	<i>Collaborazione attiva alle attività propedeutiche alla verifica del Ministero della Salute per il riconoscimento del carattere scientifico di IRCCS</i>			5%	10%	Indicatore: Aggiornamento relazione per la conferma del carattere scientifico per quanto di competenza; Ufficio di verifica: Direzione Scientifica
OBIETTIVI SCIENTIFICI (valore max 30)		Valore	Raggiunto nel 2014	Obiettivo Dirigenti	Obiettivo Comparto	Indicatore ed Ufficio di verifica
14	<i>Collaborazione all'attività scientifica traslazionale</i>			0%	30%	Indicatore: Attestazione Responsabile U.O.; Ufficio di verifica: Direzione Scientifica
15	<i>Almeno n. 1 lavoro scientifico nell'anno 2015 con IF e almeno n. 2 lavori scientifici nel 2016 con IF totale >= 2.5 in cui il primo/ultimo autore fa parte della U.O.</i>	20%	0,0%	20%	0%	Indicatore: N. lavori pubblicati con IF con primo/ultimo nome; Ufficio di verifica: Direzione Scientifica
16	<i>Almeno 2 richieste di finanziamento per progetti di ricerca inviate ad enti pubblici e privati, escluso il Ministero della Salute</i>	10%	0,0%	10%	0%	Indicatore: N. richieste di finanziamento acquisite con protocollo generale; Ufficio di verifica: Direzione Scientifica
TOTALE		100%	52,5/97,5x100= 53,85%	100%	100%	

Bari, 28/09/2015
Il Dirigente Responsabile
F. to Dott.ssa Rosalba Dentamaro

I presenti obiettivi si intendono riconfermati anche per l'anno 2016 nelle more della ricontrattazione

LEGENDA:

Obiettivi raggiunti nel 2014 non confermati per gli anni 2015-2016

Nota: Le integrazioni degli obiettivi 2015 sono riportate in corsivo e si intendono valide dalla data di sottoscrizione

OBIETTIVI
2015-2016

SSD Radioterapia e Radiochirurgia Stereotassica

Dott Marco Lioce

N. 17

OBIETTIVI ECONOMICI (valore max 20)		Obiettivo 2014		Obiettivo 2015-2016		Indicatore ed Ufficio di verifica
		Valore	Raggiunto nel 2014	Obiettivo Dirigenti	Obiettivo Comparto	
1	Aumento del numero dei pazienti del 15% rispetto all'anno precedente con relativo incremento del valore della produzione, a parità di risorse assegnate (personale, posti letto ecc..)	20%	20%	1%	0%	Indicatore: % incremento valore Prestazioni esterne 2015-2014; Ufficio di verifica: SS Controllo di Gestione
2	Decremento dei costi per consumi di beni sanitari rispetto all'anno precedente, in rapporto ai volumi di produzione, anche attraverso il completo utilizzo dei fondi di ricerca corrente e finalizzata a tal fine destinati	10%	10%	5%	0%	Indicatore: (Prestazioni esterne)/(Consumi sanitari - File F- acquisti con fondi ricerca) 2015 - 2014 - Ufficio di verifica: SS Controllo di Gestione
3	<i>Ottimizzazione dell'uso delle risorse assegnate attraverso l'organizzazione che consenta il rispetto delle ore di straordinario di budget assegnate</i>			14%	20%	Indicatore: differenza ore effettive e- ore budget<=0; Ufficio di verifica: SC AGRU

OBIETTIVI SANITARI E ORGANIZZATIVI (valore max 40)		Obiettivo 2014		Obiettivo 2015-2016		Indicatore ed Ufficio di verifica
		Valore	Raggiunto nel 2014	Obiettivo Dirigenti	Obiettivo Comparto	
4	Avvio della cartella infermieristica informatizzata	2,5%	N.V.		10%	Indicatore: rapporto % tra n.cartelle /n. pazienti ambulatoriali; Ufficio di verifica: SSD Direzione Medica di Presidio
	Tempi di attesa per le prestazioni diagnostiche non superiori a 10 giorni e inizio trattamento entro 30 giorni dalla prima visita	10,0%	10,0%			
5	Adeguamento alle linee guida nazionali delle liste di attesa dei pazienti oncologici (Obiettivo CIV anno 2015)			10%	0%	Indicatore: n. pazienti in lista oltre soglia=0; Ufficio di verifica: SC UOSE
6	<i>Prosecuzione delle attività di</i> accettazione e prenotazione periferica delle prestazioni ambulatoriali	5,0%	5,0%		10%	Indicatore: n. prestazione ambulatoriali esterne accettate dal reparto rispetto al n. di prestazioni accettate totali; Ufficio di verifica: SC UOSE
	Attivazione IORT	2,5%	2,5%			
7	Incremento progressivo dell'attività delle IORT negli anni 2015-2016			10%	0%	Indicatore: % incremento (2015-2014) casi trattati con IORT per l'anno 2015 e % incremento (2016-2015) per l'anno 2016; Ufficio di verifica: SSD Direzione Medica di Presidio
8	Utilizzo della posta pneumatica	2,5%	2,5%		10%	Indicatore: Effettivo utilizzo registrato dal sistema informatizzato; Ufficio di verifica: SC Area Tecnica
	Avvio percorsi integrati, con costituzione di appositi teams multidisciplinari. (Obiettivo CIV anno 2014)	2,5%	2,5%			
9	<i>Partecipazione ai team multidisciplinari</i> (Obiettivo CIV anno 2015)			5%	0%	Indicatore: n. partecipazioni rispetto al n. di sedute; Ufficio di verifica: SSD Direzione Medica di Presidio
	Collaborazione all'adeguamento/completamento del sito web con offerta dettagliata dei percorsi integrati garantiti dalla struttura. (Obiettivo CIV anno 2014)	2,5%	2,5%			
	Avvio Breast Unit in modo da soddisfare, entro un anno, tutte le condizioni necessarie alla certificazione EUSOMA (Obiettivo CIV anno 2014)	2,5%	2,5%			
10	<i>Adeguamento ai criteri quali/quantitativi per la certificazione EUSOMA della Breast Unit (Obiettivo CIV 2015)</i>			10%	5%	Indicatore: Relazione tecnica con relativo cronoprogramma per il conseguimento della certificazione EUSOMA; Ufficio di verifica: SSD Direzione Medica di Presidio
11	<i>Collaborazione attiva nella realizzazione degli adempimenti previsti dal D.Lgs .81/08 e s.m.i.</i>			5%	5%	Indicatore: n. richieste evase positivamente/ n. richieste pervenute; Ufficio di verifica: Servizio Prevenzione e Protezione

OBIETTIVO DI QUALITA' (valore max 10)		Valore	Raggiunto nel 2014	Obiettivo Dirigenti	Obiettivo Comparto	Indicatore ed Ufficio di verifica
12	Almeno un audit clinico e/o organizzativo al mese	5,0%	5,0%	5%	5%	Indicatore: N. verbali protocollati Audit clinici; Ufficio di verifica: SS Qualità e Risk management

**OBIETTIVI
2015-2016**

SSD Radioterapia e Radiochirurgia Stereotassica

Dott Marco Lioce

		Obiettivo 2014		Obiettivo 2015-2016		N. 17
	Collaborazione attiva alla certificazione ISO9001 e/o dell'accreditamento OECEI delle attività cliniche, scientifiche ed amministrative dell'Istituto	5%	5,0%			

13	<i>Collaborazione attiva alle attività propedeutiche alla verifica del Ministero della Salute per il riconoscimento del carattere scientifico di IRCCS</i>			5%	5%	Indicatore: Aggiornamento relazione per la conferma del carattere scientifico per quanto di competenza; Ufficio di verifica: Direzione Scientifica
----	--	--	--	----	----	---

OBIETTIVI SCIENTIFICI (valore max 30)		Valore	Raggiunto nel 2014	Obiettivo Dirigenti	Obiettivo Comparto	Indicatore ed Ufficio di verifica
---------------------------------------	--	--------	--------------------	---------------------	--------------------	-----------------------------------

14	<i>Collaborazione all'attività scientifica traslazionale</i>				30%	Indicatore: Attestazione Responsabile U.O.; Ufficio di verifica: Direzione Scientifica
----	--	--	--	--	-----	--

15	<i>Almeno n. 1 lavoro scientifico nell'anno 2015 con IF e almeno n. 1 lavoro scientifico nel 2016 con IF totale >= 2.5 in cui il primo/ultimo autore fa parte della U.O.</i>	20%	2%	20%	0%	Indicatore: N. lavori pubblicati con IF con primo/ultimo nome; Ufficio di verifica: Direzione Scientifica
----	---	-----	----	-----	----	---

16	<i>Almeno n.2 richieste di finanziamento per progetti di ricerca inviate ad enti pubblici e privati, escluso il Ministero della Salute</i>	10%	0%	10%	0%	Indicatore: N. richieste di finanziamento acquisite con protocollo generale; Ufficio di verifica: Direzione Scientifica
----	--	-----	----	-----	----	---

TOTALE	100%	$69,5/97,5 \times 100 =$ 71,3%	100%	100%	08/10/2015 Il Responsabile <i>F. to Dott Marco Lioce</i>
---------------	-------------	--	-------------	-------------	--

I presenti obiettivi si intendono riconfermati anche per l'anno 2016 nelle more della ricontrattazione

LEGENDA:

Obiettivi raggiunti nel 2014 non confermati per gli anni 2015-2016

Nota: Le integrazioni degli obiettivi 2015 sono riportate in corsivo e si intendono valide dalla data di sottoscrizione

Annotazioni a verbale dell'incontro del 28/09/2015:

- il Dott. Lioce evidenzia che l'obiettivo n. 5 non può essere raggiunto in quanto l'U.O. ha perso due tecnici.

Annotazioni a verbale dell'incontro del 8/10/2015:

- il Dott. Lioce chiede di modificare la % degli obiettivi n. 12 e n. 13 del Comparo portandola rispettivamente a 5 % a 5%

**OBIETTIVI
2015-2016**

SS Radiodiagnostica Avanzata

Dott. Antonio Cramarossa

		Obiettivo 2014		Obiettivo 2015-2016		N. 18
OBIETTIVI ECONOMICI (valore max 20)		Valore	Raggiunto nel 2014	Obiettivo Dirigenti	Obiettivo Comparto	Indicatore ed Ufficio di verifica
1	Incremento del valore della produzione di almeno il 8% rispetto all'anno precedente, in rapporto ai volumi di produzione, anche attraverso il completo utilizzo dei fondi di ricerca corrente e finalizzata a tal fine destinati, con particolare riferimento alle pellicole radiografiche	10%	5%	10%	5%	Indicatore: % incremento valore Prestazioni esterne 2015-2014 per l'anno 2015 e 2016-2015 per l'anno 2016; Ufficio di verifica: SS Controllo di Gestione
2	Decremento dei costi per consumi di beni sanitari rispetto all'anno precedente, in rapporto ai volumi di produzione, anche attraverso il completo utilizzo dei fondi di ricerca corrente e finalizzata a tal fine destinati, con particolare riferimento alle pellicole radiografiche	10%	0%	5%	0%	Indicatore: (Prestazioni esterne e interne)/(Consumi sanitari - File F- acquisti con fondi ricerca) 2015- 2014 per l'anno 2015 e 2016-2015 per l'anno 2016 - Ufficio di verifica: SS Controllo di Gestione
3	<i>Ottimizzazione dell'uso delle risorse assegnate attraverso l'organizzazione che consenta il rispetto delle ore di straordinario di budget assegnate</i>			5%	15%	Indicatore: differenza ore effettive- ore budget<=0; Ufficio di verifica: SC AGRU
OBIETTIVI SANITARI E ORGANIZZATIVI (valore max 40)		Valore	Raggiunto nel 2014	Obiettivo Dirigenti	Obiettivo Comparto	Indicatore ed Ufficio di verifica
	Utilizzo corrente della cartella clinica, ambulatoriale, anestesiologicala ed infermieristica informatizzata	2,5%	N.V.			
	Attivazione delle procedure di prericovero centralizzato per intervento chirurgico	2,5%	N.V.			
4	Attivazione della accettazione e prenotazione periferica delle prestazioni ambulatoriali.	2,5%	1,25%		20%	Indicatore: n. prestazione ambulatoriali esterne accettate dal reparto rispetto al n. di prestazioni accettate totali; Ufficio di verifica: SC UOSE
5	Esecuzione e refertazione delle prestazioni per i pazienti ricoverati non oltre 72 ore della richiesta	5%	2,50%	5%	0%	Indicatore: n. referti eseguiti secondo la tempistica dell'obiettivo rispetto a quelli inviati; Ufficio di verifica: SSD Direzione Medica di Presidio
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 cinque giorni lavorativi.	5%	5%	10%	0%	Indicatore: n. di esami e referti eseguiti secondo la tempistica dell'obiettivo rispetto a quelli richiesti; Ufficio di verifica: SSD Direzione Medica di Presidio
	Prestazioni ambulatoriali per pazienti con patologia oncologica accertata o sospetta presi in carico dall'Istituto: non oltre 24 / 72 ore per i pazienti urgenti e non oltre 30 giorni per i primi accessi, secondo le indicazioni dello specialista prescrittore	2,5%	2,5%			
	Esecuzione TAC nel rispetto dei tempi previsti dalle classi di priorità segnalate dal medico prescrittore	5%	5%			
7	Adeguamento alle linee guida nazionali delle liste di attesa dei pazienti oncologici (Obiettivo CIV anno 2015)			10%	0%	Indicatore: n. pazienti in lista oltre soglia=0; Ufficio di verifica: SC UOSE
	Esecuzione dell'esame RMN della mammella	5%	5%			
	Avvio percorsi integrati, con costituzione di appositi teams multidisciplinari. (Obiettivo CIV anno 2014)	5%	5%			
8	Partecipazione ai teams multidisciplinari (Obiettivo CIV anno 2015)			5%	0%	Indicatore: n. partecipazioni rispetto al n. di sedute; Ufficio di verifica: SSD Direzione Medica di Presidio
	Collaborazione all'adeguamento/completamento del sito web con offerta dettagliata dei percorsi integrati garantiti dalla struttura. (Obiettivo CIV anno 2014)	5%	5%			
9	Proposta modello organizzativo della attività ambulatoriale finalizzato ad un miglioramento dell'offerta assistenziale			5%	10%	Indicatore: Relazione modello organizzativo; Ufficio di verifica: SSD Direzione Medica di Presidio
10	Collaborazione attiva nella realizzazione degli adempimenti previsti dal D.Lgs .81/08 e s.m.i.			5%	10%	Indicatore: n. richieste evase positivamente/ n. richieste pervenute; Ufficio di verifica: Servizio Prevenzione e Protezione

**OBIETTIVI
2015-2016**

SS Radiodiagnostica Avanzata

Dott. Antonio Cramarossa

N. 18

OBIETTIVO DI QUALITA' (valore max 10)		Obiettivo 2014		Obiettivo 2015-2016		Indicatore ed Ufficio di verifica
		Valore	Raggiunto nel 2014	Obiettivo Dirigenti	Obiettivo Comparto	
11	Almeno un audit clinico e/o organizzativo al mese	5%	0%	5%	0%	Indicatore: N. verbali protocollati Audit clinici; Ufficio di verifica: SS Qualità e Risk management
	Collaborazione attiva alla certificazione ISO9001 e/o dell'accreditamento OECD delle attività cliniche, scientifiche ed amministrative dell'Istituto	5%	5,0%			
12	<i>Collaborazione attiva alle attività propedeutiche alla verifica del Ministero della Salute per il riconoscimento del carattere scieintifico di IRCCS</i>			5%	10%	Indicatore: Aggiornamento relazione per la conferma del carattere scientifico per quanto di competenza; Ufficio di verifica: Direzione Scientifica
OBIETTIVI SCIENTIFICI (valore max 30)		Valore	Raggiunto nel 2014	Obiettivo Dirigenti	Obiettivo Comparto	Indicatore ed Ufficio di verifica
13	<i>Collaborazione all'attività scientifica traslazionale</i>				30%	Indicatore: Attestazione Responsabile U.O.; Ufficio di verifica: Direzione Scientifica
14	Almeno n. 1 lavoro scientifici nell'anno 2015 con IF e n. 2 lavori scientifici nel 2016 con IF totale >=2.5	20%	1%	20%	0%	Indicatore: N. lavori pubblicati con IF con primo/ultimo nome; Ufficio di verifica: Direzione Scientifica
15	Almeno n.2 richieste di finanziamento per progetti di ricerca inviate ad enti pubblici e privati, escluso il Ministero della Salute	10%	0%	10%	0%	Indicatore: N. richieste di finanziamento acquisite con protocollo generale; Ufficio di verifica: Direzione Scientifica
TOTALE		100%	42/95x100= 44,47%	100%	100%	

Bari, 28/09/2015

Il Responsabile SS

F. toDott. Antonio Cramarossa

I presenti obiettivi si intendono riconfermati anche per l'anno 2016 nelle more della ricontrattazione

LEGENDA:

Obiettivi raggiunti nel 2014 non confermati per gli anni 2015-2016

Nota: Le integrazioni degli obiettivi 2015 sono riportate in corsivo e si intendono valide dalla data di sottoscrizione

Annotazioni a verbale dell'incontro del 28/09/2015:

- Il Dott. Cramarossa evidenzia che dal 28 aprile 2015 è assente un medico radiologo e, pertanto, ritiene di poter raggiungere l'obiettivo n.1 di incremento delle prestazioni del 15%, proponendo una percentuale di incremento del 5%. La Direzione Strategica concorda un incremento dell'8%.

**OBIETTIVI
2015-2016**

U.O.C. UOSE

Dott. Piero Milella

OBIETTIVI ECONOMICI (valore max 20)		Obiettivo 2014		Obiettivo 2015-2016		N. 19
		Valore	Raggiunto nel 2014	Obiettivo Dirigenti	Obiettivo Comparto	Indicatore ed Ufficio di verifica
	Elaborazione delle tariffe non contenute nel nomenclatore tariffario per le prestazioni ambulatoriali	5%	5%			
1	Aggiornamento continuo delle tariffe non contenute nel nomenclatore tariffario per le prestazioni ambulatoriali sulla base delle richieste pervenute			5%	5%	Indicatore: n. richieste pervenute/ n.pratiche avviate; Ufficio di controllo: SS Controllo di Gestione
	Rispetto delle scadenze dei flussi informativi così come riportati nella deliberazione DG n. 53/2013	5%	5%			
2	Assolvimento del debito informativo nei confronti della Direzione Strategica/Regione/Ministeri / altri organi di controllo inteno ed esterno per le materie di propria competenza			5%	5%	Indicatore: Note di riscontro alle richieste nei termini richiesti; Ufficio di verifica: SC AGRF
3	Monitoraggio <i>semestrale</i> del valore economico dei DRG ad elevato rischio di inappropriata in regime di Ricovero Ordinario al fine di ridurne il valore. <i>Verifica appropriatezza del setting assistenziale.</i>	5%	5%	5%	5%	Indicatore: Report semestrale; Ufficio di verifica: SS Controllo di Gestione
4	Ottimizzazione dell'uso delle risorse assegnate attraverso l'organizzazione che consenta il rispetto delle ore di straordinario di budget assegnate			5%	5%	Indicatore: Rispetto budget ore straordinario; Ufficio di verifica: SC AGRU
OBIETTIVI SANITARI E ORGANIZZATIVI		Valore	Raggiunto nel 2014	Obiettivo Dirigenti	Obiettivo Comparto	Indicatore ed Ufficio di verifica
5	Adempimenti previsti dalla Legge 190-2012 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità" nella P.A."	10%	10%	10%	10%	Indicatore: Pubblicazioni complete e tempestive nella sezione "Amministrazione Trasparente"; Ufficio di verifica: Direzione Amministrativa
	Adempimenti previsti dal Decreto Legislativo n. 33/2013 in materia di Trasparenza	10%	10%			
6	Verifica del rispetto degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente. Puntuale osservanza di quanto stabilito nel Programma triennale per la Trasparenza e l'Integrità (anni 2015/2017) - Deliberazione DG n. 125/2015			5%	5%	Indicatore: Report semestrale sullo stato di osservanza; Ufficio di verifica: Direzione Amministrativa/SS Controllo di Gestione
7	Monitoraggio del numero dei DRG oncologici al fine di verificare che non sia inferiore al 70% di quelli totali e formalizzazione di eventuali proposte di azioni correttive	5%	5%	5%	5%	Indicatore: Report semestrale sullo stato di osservanza; Ufficio di verifica: SS Controllo di Gestione
8	Monitoraggio del Tasso di occupazione dei posti letto al fine di verificare che non sia inferiore al 75% nel rispetto dei criteri di appropriatezza clinica ed organizzativa e formalizzazione di eventuali proposte di azioni correttive	5%	5%	5%	5%	Indicatore: Report semestrale sullo stato di osservanza; Ufficio di verifica: SS Controllo di Gestione
9	Monitoraggio del numero di DRG 410 al fine di consentirne la riduzione rispetto all'anno precedente e formalizzazione di eventuali proposte di azioni correttive	2,5%	2,5%	5%	5%	Indicatore: Report semestrale sullo stato di osservanza; Ufficio di verifica: SS Controllo di Gestione
10	Garantire gli adempimenti previsti per la corretta alimentazione del portale EDOTTO	5%	5%	5%	5%	Indicatore: Report trimestrale sullo stato di osservanza; Ufficio di verifica: SS Controllo di Gestione
	Supporto per la riorganizzazione CUP - Ticket (Obiettivo CIV anno 2014)	10%	5%			
11	Ridefinire e formalizzare modello organizzativo CUP Ticket ed accoglienza (URP e punto informazione) finalizzato ad un miglioramento del percorso assistenziale del paziente			5%	5%	Indicatore: Relazione modello organizzativo; Ufficio di verifica: SSD Direzione Medica di Presidio
12	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 Giunta Regionale con Deliberazione n. 423 dell'11/3/2015	10%	10%	5%	5%	Indicatore: Aggiornamento tariffe e bozza di regolamento; Ufficio di verifica: SS Controllo di Gestione
13	Report per UO degli indicatori di attività completo di relazione analitica dei DRG prodotti e formalizzazione di eventuali proposte di azioni correttive	5%	5%	5%	5%	Indicatore: Report trimestrale sullo stato di osservanza; Ufficio di verifica: SS Controllo di Gestione
	Collaborazione all'adeguamento/completamento del sito web con offerta dettagliata dei percorsi integrati garantiti dalla struttura. (Obiettivo CIV anno 2014)	2,5%	2,5%			

**OBIETTIVI
2015-2016**

U.O.C. UOSE

Dott. Piero Milella

		Obiettivo 2014		Obiettivo 2015-2016		N. 19
14	Collaborazione attiva nella realizzazione degli adempimenti previsti dal D.Lgs .81/08 e s.m.i.			5%	5%	Indicatore: n. richieste evase positivamente/ n. richieste pervenute; Ufficio di verifica: Servizio Prevenzione e Protezione
4	Coordinamento delle attività finalizzate all'adeguamento alle linee guida nazionali delle liste di attesa dei pazienti oncologici (Obiettivo CIV anno 2015)			5%	5%	Indicatore: Relazione trimestrale sugli adempimenti e sullo stato di osservanza; SSD Direzione medica di presidio
OBIETTIVO DI QUALITA'		Valore	Raggiunto nel 2014	Obiettivo Dirigenti	Obiettivo Comparto	Indicatore ed Ufficio di verifica
	Collaborazione attiva alla certificazione ISO9001 e/o dell'accreditamento OECEI delle attività cliniche, scientifiche ed amministrative dell'Istituto	5%	5%			
15	Collaborazione attiva alle attività propedeutiche alla verifica del Ministero della Salute per il riconoscimento del carattere sceintifico di IRCCS			5%	5%	Indicatore: Aggiornamento relazione per la conferma del carattere scientifico per quanto di competenza; Ufficio di verifica: Direzione Scientifica
OBIETTIVI SCIENTIFICI		Valore	Raggiunto nel 2014	Obiettivo Dirigenti	Obiettivo Comparto	Indicatore ed Ufficio di verifica
13	Collaborazione all'attività scientifica traslazionale				15%	Indicatore: Attestazione Responsabile U.O.; Ufficio di verifica: Direzione Scientifica
16	Avvio delle attività relative ai progetti di cui alla Deliberazione DG n. 355 del 15 giugno 2015 (Registro Tumori rari) - (Obiettivo CIV anno 2015)			5%	0%	Indicatore: Relazione tecnica con relativo cronoprogramma relativo alle fasi di attivazione con particolare riferimento alle risorse necessarie ed agli atti amministrativo propedeutici; Ufficio di verifica: SSD Direzione Medica di Presidio
	Prosecuzione delle attività relative al progetto Registro Tumori anche finalizzata alla produzione per il 2015 - 2016 di almeno una pubblicazione preferibilmente con IF	10%	2%			
17	Relazione tecnico scientifica periodica del Registro Tumori della Provincia di Bari e della Regione Puglia			5%	0%	Indicatore: Relazione tecnico-scientifica; Ufficio di verifica: Direzione Scientifica
18	Almeno n. 2 richieste di finanziamenti per progetti di ricerca inviate ad enti pubblici e privati, escluso il Ministero della Salute	5%	0%	5%	0%	Indicatore: N. richieste di finanziamento acquisite con protocollo generale; Ufficio di verifica: Direzione Scientifica
TOTALE		100%	82,0%	100%	100%	

I presenti obiettivi si intendono riconfermati anche per l'anno 2016 nelle more della ricontrattazione

08/10/2015

Il Responsabile

F. to Dott. Piero Milella

LEGENDA:

Obiettivi raggiunti nel 2014 non confermati per gli anni 2015-2016

Nota: Le integrazioni degli obiettivi 2015 sono riportate in corsivo e si intendono valide dalla data di sottoscrizione

**OBIETTIVI
2015-2016**

U.O. Direzione Medica di presidio

Dott. Aldo Nigro

OBIETTIVI ECONOMICI, SANITARI ED ORGANIZZATIVI		Obiettivo 2014		Obiettivo 2015-2016		N. 20
		Valore	Raggiunto nel 2014	Obiettivo Dirigenti	Obiettivo Comparto	Indicatore ed Ufficio di verifica
1	Monitoraggio e facilitazione delle attività finalizzate al non superamento del valore soglia previsto dalla Regione per i DRG ad elevato rischio di inappropriatae per la durata di ricovero. Appropriatae del setting assistenziale	5,0%	5,0%	5,0%		Indicatore: Relazione <i>trimestrale</i> sugli adempimenti e sullo stato di osservanza; Ufficio di verifica: UOSE
2	Coordinamento delle attività finalizzate all'utilizzo corrente della cartella clinica, ambulatoriale, anestesiologicala ed infermieristica informatizzata	5%	2,5%	10%	10%	Indicatore: Relazione <i>trimestrale</i> sugli adempimenti e sullo stato di osservanza; Ufficio di verifica: UOSE
	Attivazione delle procedure di prericovero centralizzato per intervento chirurgico	5%	N.V.			
3	Elaborazione e applicazione della procedura per la gestione dei rifiuti	5%	N.V.	5%	15%	Indicatore: Adozione della procedura e monitoraggio del rispetto da parte delle UUOO; Ufficio di verifica: UOSE
	Coordinamento delle attività finalizzate alla riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni diagnostiche non superiori a 10 giorni e prestazioni terapeutiche non superiore a 30 giorni per i pazienti con patologia oncologica sospetta o diagnosticata	5%	0%			
4	Monitoraggio della refertazione e consegna degli esami entro le 9.30 per i pazienti da sottoporre a chemioterapia ed entro le 12.00 per i pazienti ricoverati	5%	5%	5%		Indicatore: Relazione <i>trimestrale</i> sugli adempimenti e sullo stato di osservanza; Ufficio di verifica: UOSE
5	Monitoraggio dell'inizio del tempo chirurgico non oltre le 8.30 e rispetto dei tempi standard inter intervento non superiori a 30 minuti e corretta programmazione delle sedute operatorie	5%	0%	5%		Indicatore: Relazione <i>trimestrale</i> sugli adempimenti e sullo stato di osservanza; Ufficio di verifica: UOSE
6	Monitoraggio della 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%	0%	5%		Indicatore: Relazione <i>trimestrale</i> sugli adempimenti e sullo stato di osservanza; Ufficio di verifica: UOSE
7	Monitoraggio delle 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 primi accessi, secondo le indicazioni dello specialista prescrittore	5%	5%	5%		Indicatore: Relazione <i>trimestrale</i> sugli adempimenti e sullo stato di osservanza; Ufficio di verifica: UOSE
	Monitoraggio della articolazione dell'orario di lavoro 8.00-14.00 - 14.00-20.00 dal lunedì al venerdì e 8.00 - 14.00 sabato	2,5%	2,5%			
8	Coordinamento nell'utilizzo della posta pneumatica	5%	5%		5%	Indicatore: Relazione <i>trimestrale</i> sugli adempimenti e sullo stato di osservanza; Ufficio di verifica: UOSE
	Monitoraggio del debito orario del personale assegnato in modo da razionalizzare il ricorso allo straordinario e/o allo straordinario in pronta disponibilità	5%	0%			
9	Monitoraggio della percentuale di pazienti ricoverati che necessitano di diete speciali				5%	Indicatore: Report <i>trimestrale</i> ; Ufficio di verifica: UOSE
10	Monitoraggio continuo ed azioni propositive finalizzate a garantire il rispetto da parte delle UU.OO. del budget delle ore di straordinario assegnate alle UU.OO con nota prot. n. 8610/2015			20%	10%	Indicatore: Relazione <i>trimestrale</i> sugli adempimenti e sullo stato di osservanza; Ufficio di verifica: UOSE
11	Rispetto del budget delle ore di straordinario assegnate alla UO Direzione medica con nota prot. n. 8610/2015 e successive			10%	10%	Indicatore: Rispetto budget ore straordinario; Ufficio di verifica: SC AGRU
	Attivazione della accettazione e prenotazione periferica delle prestazioni ambulatoriali. (Obiettivo CIV anno 2014)	5%	2,5%			
12	Coordinamento e verifica dell'accettazione e prenotazione periferica				5%	Indicatore: Relazione <i>trimestrale</i> sugli adempimenti e sullo stato di osservanza; Ufficio di verifica: UOSE
	Riorganizzazione del CUP - TICKET al fine di eliminare le criticità esistenti	20%	10%			
	Coordinamento nelle attività di avvio della camera sterile e trapianto cellule staminali (Obiettivo CIV anno 2014)	2,5%	2,5%			

**OBIETTIVI
2015-2016**

U.O. Direzione Medica di presidio

Dott. Aldo Nigro

		Obiettivo 2014		Obiettivo 2015-2016		N. 20
OBIETTIVI ECONOMICI, SANITARI ED ORGANIZZATIVI		Valore	Raggiunto nel 2014	Obiettivo Dirigenti	Obiettivo Comparto	Indicatore ed Ufficio di verifica
	Collaborazione nell'avvio percorsi integrati, con costituzione di appositi teams multidisciplinari. (Obiettivo CIV anno 2014)	2,5%	2,5%			
13	<i>Monitoraggio della percentuale dei pazienti trattati in team multidisciplinari al fine di giungere ad una valutazione multidisciplinare in almeno il 50% dei pazienti ricoverati a partire dal 1 settembre 2015 al 31 dicembre 2015 - (Obiettivo CIV anno 2015)</i>			5,0%		Indicatore: Relazione <i>trimestrale</i> sugli adempimenti e sullo stato di osservanza; Ufficio di verifica: UOSE
	Collaborazione all'adeguamento/completamento del sito web con offerta dettagliata dei percorsi integrati garantiti dalla struttura. (Obiettivo CIV anno 2014)	2,5%	2,5%			
14	<i>Collaborazione attiva nella realizzazione degli adempimenti previsti dal D.Lgs .81/08 e s.m.i.</i>			10,0%	10,0%	Indicatore: n. richieste evase positivamente/ n. richieste pervenute; Ufficio di verifica: Servizio Prevenzione e Protezione
15	<i>Ottimizzazione dell'utilizzo dell'auto medica e delle ambulanze dell'Istituto e in convenzione</i>			5,0%	10,0%	Indicatore: Relazione <i>trimestrale</i> sugli adempimenti e sullo stato di osservanza; Ufficio di verifica: UOSE
OBIETTIVO DI QUALITA'		Valore	Raggiunto nel 2014	Obiettivo Dirigenti	Obiettivo Comparto	Indicatore ed Ufficio di verifica
	Collaborazione attiva alla certificazione ISO9001 e/o dell'accreditamento OECE delle attività cliniche, scientifiche ed amministrative dell'Istituto	5%	5,0%			
16	<i>Collaborazione attiva alle attività propedeutiche alla verifica del Ministero della Salute per il riconoscimento del carattere scientifico di IRCCS</i>			5%	10%	Indicatore: Aggiornamento relazione per la conferma del carattere scientifico per quanto di competenza; Ufficio di verifica: Direzione Scientifica
17	Monitoraggio dell'utilizzo della check list di sala operatoria	5,0%	2,5%	5,0%	10,0%	Indicatore: Relazione <i>trimestrale</i> sugli adempimenti e sullo stato di osservanza; Ufficio di verifica: UOSE
TOTALE		100%	52,5/90X100= 58,33%	100%	100%	

23/09/2015

I presenti obiettivi si intendono riconfermati anche per l'anno 2016 nelle more della ricontrattazione

**Il Responsabile SSD
F. toDott. Aldo Nigro**

LEGENDA:

Obiettivi raggiunti nel 2014 non confermati per gli anni 2015-2016

Nota: Le integrazioni degli obiettivi 2015 sono riportate in corsivo e si intendono valide dalla data di sottoscrizione

**OBIETTIVI
2015-2016**

U.O.C. Farmacia
Dott.ssa Patrizia Nardulli

N. 21

		Obiettivo 2014		Obiettivo 2015-2016		N. 21
OBIETTIVI ECONOMICI		Valore	Raggiunto nel 2014	Obiettivo Dirigenti	Obiettivo Comparto	Indicatore ed Ufficio di verifica
1	Riduzione dei tempi di liquidazione delle fatture al fine di consentire il pagamento a 60 giorni data fattura, come previsto dalla normativa vigente, e l'azzeramento dei debiti alla data del 31/12/2014	10%	10%	10%	10%	Indicatore: riduzione tempi di pagamento; Ufficio di valutazione: SS Controllo di Gestione
2	Monitoraggio semestrale delle rimanenze di reparto in modo da ridurne al minimo il valore e predisposizione di modelli che ottimizzano la gestione delle rimanenze di reparto (Obiettivo CIV anno 2015)	10%	10%	10%	10%	Indicatore: Relazione sul modello adottato dalla UO; Ufficio di verifica: Direzione Amministrativa
	Collaborazione con le UU.OO al tempestivo e razionale utilizzo dei fondi di ricerca corrente e finalizzata destinati all'acquisto di farmaci e dispositivi	10%	10%			
	Rispetto delle scadenze dei flussi informativi di competenza della U.O.	10%	10%			
3	Ottimizzazione dell'uso delle risorse assegnate attraverso l'organizzazione che consenta il rispetto delle ore di straordinario di budget assegnate			5%	5%	Indicatore: differenza ore effettive e- ore budget <= 0; Ufficio di verifica: SC AGRU
OBIETTIVI SANITARI E ORGANIZZATIVI		Valore	Raggiunto nel 2014	Obiettivo Dirigenti	Obiettivo Comparto	Indicatore ed Ufficio di verifica
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			5%	5%	Indicatore: Riscontri nei termini richiesti; Ufficio di Controllo: Direttore Amministrativo
5	Collaborazione nell'utilizzo corrente della cartella clinica e ambulatoriale informatizzata	10%	10%	10%	10%	Indicatore: n. protocolli terapeutici UMACA inseriti/n. protocolli UMACA totali; Ufficio di verifica: SSD Direzione Medica di Presidio
6	Verifica della compilazione della scheda AIFA da parte dei medici prescrittori	10%	10%	10%	10%	Indicatore: Relazione periodica sulle attività; Ufficio di verifica: SSD Direzione Medica di Presidio
	Collaborazione all'adeguamento/completamento del sito web con offerta dettagliata dei percorsi integrati garantiti dalla struttura. (Obiettivo CIV anno 2014)	10,0%	10,0%			
	Monitoraggio continuo dei farmaci CNN e Extra Budget ad alto costo acquistati dall'Istituto	10,0%	10,0%			Indicatore: Relazione periodica sulle attività; Ufficio di verifica: SSD Direzione Medica di Presidio
7	Monitoraggio continuo dei farmaci utilizzati in regime di off label e utilizzo nell'Istituto			5%	5%	Indicatore: Relazione periodica sulle attività; Ufficio di verifica: SSD Direzione Medica di Presidio
8	Collaborazione attiva nella realizzazione degli adempimenti previsti dal D.Lgs .81/08 e s.m.i.			10%	10%	Indicatore: n. richieste evase positivamente/ n. richieste pervenute; Ufficio di verifica: Servizio Prevenzione e Protezione
9	Predisposizione di almeno tre procedure relative a percorsi di competenza della farmacia nell'anno 2015 e almeno una 2016			10%	10%	Indicatore: n. procedure predisposte; Ufficio di verifica: SSD Direzione Medica di Presidio
OBIETTIVO DI QUALITA'		Valore	Raggiunto nel 2014	Obiettivo Dirigenti	Obiettivo Comparto	Indicatore ed Ufficio di verifica
	Collaborazione attiva alla certificazione ISO9001 e/o dell'accreditamento OEI delle attività cliniche, scientifiche ed amministrative dell'Istituto	5%	5,0%			
10	Certificazione ISO 9001 UMACA			5%	5%	Indicatore: Documentazione dell'intervenuta certificazione ISO 9001; Ufficio di verifica: Direzione Amministrativa
11	Collaborazione attiva alle attività propedeutiche alla verifica del Ministero della Salute per il riconoscimento del carattere scientifico di IRCCS			5%	5%	Indicatore: Relazione periodica sulle attività; Ufficio di verifica: Direzione Amministrativa

**OBIETTIVI
2015-2016**

OBIETTIVI SCIENTIFICI		Valore	Raggiunto nel 2014	Obiettivo Dirigenti	Obiettivo Comparto	Indicatore ed Ufficio di verifica
12	Collaborazione all'attività scientifica traslazionale				15%	Indicatore: Attestazione Responsabile U.O.; Ufficio di verifica: Direzione Scientifica
13	Almeno 1 lavoro scientifico nel 2015 ed almeno 2 lavori scientifici nel 2016 con IF totale ≥ 2.5 nel 2015 e IF totale ≥ 4 nel 2016 pubblicato o in via di pubblicazione su riviste con IF in cui il primo/ultimo autore fa parte della U.O.	15%	3%	15%	0%	Indicatore: N. lavori pubblicati con IF con primo/ultimo nome; Ufficio di verifica: Direzione Scientifica
TOTALE		100%	88%	100%	100%	

I presenti obiettivi si intendono riconfermati anche per l'anno 2016 nelle more della ricontrattazione

LEGENDA:

Obiettivi raggiunti nel 2014 non confermati per gli anni 2015-2016

Nota: Le integrazioni degli obiettivi 2015 sono riportate in corsivo e si intendono valide dalla data di sottoscrizione

08/10/2015

Il Responsabile

F. toDr.ssa Patrizia Nardulli

**OBIETTIVI
2015-2016**

SS Formazione, Qualità e Risk management

Dott.ssa Patrizia Nardulli

		Obiettivo 2015-2016	
OBIETTIVI ECONOMICI-AMMINISTRATIVI SANITARI E ORGANIZZATIVI		Valore Comparto	Indicatore ed Ufficio di verifica
1	Riduzione dei tempi di liquidazione delle fatture al fine di consentire il pagamento a 60 giorni data fattura, come previsto dalla normativa vigente, e l'azzeramento dei debiti alla data del 31/12/2014	10%	Indicatore: riduzione tempi di pagamento; Ufficio di valutazione: SS Controllo di Gestione
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	10%	Indicatore: Riscontri nei termini richiesti; Ufficio di Controllo: Direttore Amministrativo
3	Assolvimento adempimenti previsti dal Deliberazione DG n. 125/2015 e s.m.i. in materia di Trasparenza in ordine ai precedenti amministrativi attribuibili all'Area per le materie di competenza	10%	Indicatore: Aggiornamento continuo e qualità del dato; Ufficio di verifica: Ufficio Trasparenza-UOSE
4	Rispetto del budget delle ore di straordinario assegnate con nota prot. n. 8610/2015 e successive	10%	Indicatore: Rispetto budget ore straordinario; Ufficio di verifica: SC AGRU
5	Predisposizione report delle attività formative dei dipendenti	10%	Indicatore: Report attività formative; Ufficio di verifica: SSD Direzione Medica di Presidio
6	Predisposizione del piano formativo	10%	Indicatore: Report attività formative; Ufficio di verifica: SSD Direzione Medica di Presidio
7	Collaborazione attiva nella realizzazione degli adempimenti previsti dal D.Lgs. 81/08 e s.m.i.	15,0%	Indicatore: n. richieste evase positivamente/n. richieste pervenute; Ufficio di verifica: Servizio Prevenzione e Protezione
OBIETTIVO DI QUALITA'		Valore comparto	Indicatore ed Ufficio di verifica
8	Collaborazione attiva alle attività propedeutiche alla verifica del Ministero della Salute per il riconoscimento del carattere scientifico di IRCCS	15%	Indicatore: Aggiornamento relazione per la conferma del carattere scientifico per quanto di competenza; Ufficio di verifica: Direzione Scientifica
OBIETTIVI SCIENTIFICI		Valore comparto	Indicatore ed Ufficio di verifica
9	Predisposizione dei provvedimenti di partecipazione a corsi di formazione/eventi formativi finanziati da progetti di ricerca	10%	Indicatore: N. lavori pubblicati con IF con primo/ultimo nome; Ufficio di verifica: Direzione Scientifica
TOTALE		100%	

I presenti obiettivi si intendono riconfermati anche per l'anno 2016 nelle more della ricontrattazione

LEGENDA:

Obiettivi raggiunti nel 2014 non confermati per gli anni 2015-2016

Nota: Le integrazioni degli obiettivi 2015 sono riportate in corsivo e si intendono valide dalla data di sottoscrizione

08/10/2014

Il Responsabile

F. to Dr.ssa Patrizia Nardulli

Annotazioni a verbale dell'incontro del 8/10/2015:

- La dr.ssa Nardulli evidenzia relativamente all'obiettivo n. 6 la necessità di acquisire un software come già più volte richiesto. La Direzione Strategica accoglie la richiesta della Dr.ssa Nardulli e l'obiettivo si intende subordinato all'acquisizione del software.

OBIETTIVI
2015-2016

U.O.C. Area Patrimonio

Ing. Giancarlo Salomone

N. 22

OBIETTIVI ECONOMICI-AMMINISTRATIVI		Obiettivo 2014		Obiettivo 2015-2016		Indicatore ed Ufficio di verifica
		Valore	Raggiunto nel 2014	Dirigenza	Comparto	
	Aggiornamento continuo del sito aziendale con le informazioni di competenza secondo quanto previsto dal Decreto Legislativo n. 33/2013 in materia di Trasparenza	5%	5,00%			
	Adempimenti previsti dalla Deliberazione Direttore Generale n. 270/2013 di applicazione di quanto disposto del Decreto Legge n. 35/2012 convertito in Legge 64/2013, con particolare riferimento alla richiesta dei CIG	5%	5,00%			
	Rispetto delle scadenze dei flussi informativi così come riportati nella deliberazione Direttore Generale n. 53/2013 e degli adempimenti AVCPASS	5%	5,00%			
1	Assolvimento adempimenti previsti dalla Deliberazione DG n. 125/2015 e s.m.i. in materia di Trasparenza in ordine ai precedenti amministrativi attribuibili all'Area per le materie di competenza			5%	5%	Indicatore: Aggiornamento continuo e qualità del dato; Ufficio di verifica: Ufficio Trasparenza-UOSE
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			10%	10%	Indicatore: Riscontri nei termini richiesti; Ufficio di Controllo: Direttore Amministrativo/ SS Controllo di Gestione
	Conclusione delle procedure relative a gare deliberate e non ancora bandite, a distanza di almeno 6 mesi	5%	2,50%			Indicatore: Proposta provvedimenti; Ufficio di verifica: Direttore Amministrativo
3	Indizione gare d'appalto per fornitura di beni e servizi in proroga e in scadenza			10%	15%	Indicatore: n. proposta atti di gara/ n. gare scadute; Ufficio di Verifica: Direzione Amministrativa
	Razionalizzazione acquisto pellicole radiografiche con ricorso a soluzioni alternative	5%	5%			
4	Predisposizione tempestiva degli ordini di spesa informatizzati per ciascun provvedimento di acquisto (Delibera/Determina) - Obiettivo CIV 2015	10%	5%	5%	10%	Indicatore: n. ordini nella procedura amministrativo - contabile/n. fatture di competenza; Ufficio di Verifica: SS Controllo di Gestione
5	Alimentazione continua del modulo dei contratti della procedura amministrativo - contabile	10%	10%	5%	5%	Indicatore: n. contratti inseriti nella procedura amministrativo - contabile; Ufficio di Verifica: SS Controllo di Gestione
	Prosecuzione delle attività di rinegoziazione dei contratti al fine di realizzare i risparmi nei costi previsti dalla Spending Review	5%	5,00%			
	Predisposizione delle procedure di gara, con relativa pubblicazione di atti conseguenti per i servizi appaltati scaduti o in scadenza con particolare riferimento al servizio di logistica di magazzino, gestione archivi, mensa, pulizia, smaltimento rifiuti speciali, global service, ausiliario, vigilanza, macchinette erogatrici di generi di conforto, servizio trasporto pazienti, viaggi ed altri. Esecuzione della Deliberazione DG n. 503/2014	10%	N.V.			
6	Caricamento tempestivo nella procedura amministrativo contabile dei CIG e dei prezzi delle nuove gare			5%	5%	Indicatore: Verifica aggiornamento procedura amministrativo contabile; Ufficio di Verifica: SS Controllo di Gestione/SC Farmacia
7	Attività di rinegoziazione dei contratti di cui all'art. 9 ter del D.L. n. 78/2015 e relativi adempimenti			5%	5%	Indicatore: n. proposte di strategie di rinegoziazione rispetto al numero dei contratti; Ufficio di controllo: Direzione Amministrativa

**OBIETTIVI
2015-2016**

8	Riduzione dei tempi di liquidazione delle fatture al fine di consentire il pagamento a 60 giorni data fattura, come previsto dalla normativa vigente, e l'azzeramento dei debiti alla data del 31/12/2014, compatibilmente con la trasmissione di ogni utile documentazione da parte degli altri uffici competenti			5%	10%	Indicatore: n. liquidazioni adottate entro 15 giorni dal momento del completamento della documentazione necessaria rispetto al numero totale di atti con documentazione completa; Ufficio di valutazione: Direzione Amministrativa
9	<i>Predisposizione di una bozza di regolamento di cassa economale che preveda la gestione di un'unica cassa anche per le attività delegate ai fini del rispetto del D.L n. 81/2008.</i>			5%	0%	Indicatore: Proposta regolamento; Ufficio di verifica: Direttore Amministrativo
10	<i>Collaborazione attiva nelle attività propedeutiche alla certificabilità del bilancio per quanto di competenza</i>			5%	5%	Indicatore: Relazione sullo stato di avanzamento delle attività; Ufficio di verifica: Direzione Amministrativa/AGRF
11	<i>Studio di fattibilità in ordine alle criticità relative ai beni mobili derivanti dal comodato d'uso della ASL</i>			5%	0%	Indicatore: Studio di fattibilità; Ufficio di verifica: Direzione Amministrativa/AGRF
12	<i>Ottimizzazione dell'uso delle risorse assegnate attraverso l'organizzazione che consenta il rispetto delle ore di budget assegnate</i>			5%	5%	Indicatore: Rispetto budget ore straordinario; Ufficio di verifica: SC AGRU

OBIETTIVI SANITARI E ORGANIZZATIVI	Valore	Raggiunto nel 2014	Dirigenza	Comparto	Indicatore ed Ufficio di verifica
---	---------------	---------------------------	------------------	-----------------	--

13	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%	0%	5%	5%	Indicatore: Fornitura KIT; Ufficio di Verifica: SC Farmacia
14	Attivazione di una procedura di gara per l'approvvigionamento dei prodotti richiesti dalla UOC Radiologia Interventista	5%	N.V.	5%	5%	Indicatore: Proposta di procedura; Ufficio di Verifica: Direzione Amministrativa
	Verifica di fattibilità e procedure per l'eventuale acquisizione del sistema informatico per il recall	5%	5%			
	Indizione di gara per l'acquisizione dei dispositivi per accesso venoso	5%	0%			
15	<i>Programmazione annuale degli acquisti</i>			5%	5%	Indicatore: Predisposizione proposta di acquisto entro dicembre 2016; Ufficio di Verifica: Direzione Amministrativa
	Relazione tecnica sui possibili investimenti in Radioterapia	5%	5%			
	Attivazione procedure per consentire l'emissione e la ricezione delle fatture elettroniche attive e passive	5%	5%			

OBIETTIVO DI QUALITA'	Valore	Raggiunto nel 2014	Dirigenza	Comparto	Indicatore ed Ufficio di verifica
------------------------------	---------------	---------------------------	------------------	-----------------	--


	Collaborazione attiva alla certificazione ISO9001 e/o dell'accreditamento OECE delle attività cliniche, scientifiche ed amministrative dell'Istituto	5%	5,0%			
16	<i>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 OECE</i>			5%	5%	Indicatore: Relazione periodica sulle attività; Ufficio di verifica: Direzione Scientifica/Direzione Amministrativa

OBIETTIVI SCIENTIFICI	Valore	Raggiunto nel 2014	Dirigenza	Comparto	Indicatore ed Ufficio di verifica
------------------------------	---------------	---------------------------	------------------	-----------------	--

17	Ottimizzazione delle procedure di gara e della tempistica per gli acquisti e/o noleggi di attrezzature con fondi della ricerca e per i materiali di consumo per le attività di ricerca	5%	5%	10%	5%	Indicatore: N. e tempi gare di acquisto con fondi di ricerca; Ufficio di verifica: Direzione Scientifica/Direzione Amministrativa
TOTALE		100%	67,5/85x100 79,41%	100%	100%	

I presenti obiettivi si intendono riconfermati anche per l'anno 2016 nelle more della ricontrattazione

LEGENDA:

 Obiettivi raggiunti nel 2014 non confermati per gli anni 2015-2016

Nota: Le integrazioni degli obiettivi 2015 sono riportate in corsivo e si intendono valide dalla data di sottoscrizione

08/10/2014
Il Responsabile *ad interim*
F. to Ing. Giancarlo Salomone

Annotazioni a verbale dell'incontro del 08/10/2015:

- Relativamente all'obiettivo n. 3 l'Ing. Salomone evidenzia che il raggiungimento dell'obiettivo è legato alla collaborazione degli altri servizi/uffici fruitori dei servizi per i quali va bandita la gara. La Direzione Strategica concorda nel subordinare il raggiungimento dell'obiettivo all'ottenimento delle informazioni necessarie alla istruttoria della gara.
- Relativamente all'obiettivo n. 17 l'Ing. Salomone evidenzia che il raggiungimento dell'obiettivo è legato alla garanzia della continuità della disponibilità di n. 2 ingegneri a contratto

OBIETTIVI
2015-2016

U.O.C. Area Gestione Risorse Finanziarie e U.O.S. Controllo di Gestione

Dr.ssa Tiziana Dimatteo

		Obiettivo 2014		Obiettivo 2015-2016		N. 23
OBIETTIVI ECONOMICI-AMMINISTRATIVI		Valore	Raggiunto nel 2014	Dirigenza	Comparto	Indicatore ed Ufficio di verifica
	Collaborazione con l'Area Gestione Tecnica per la quadratura Co.Ge. - cespiti e relativo calcolo ammortamenti	5%	5%			
	Riduzione dei tempi di pagamento dei fornitori di beni e servizi compatibilmente con le risorse assegnate dalla Regione Puglia.	10%	10%			
1	Rispetto dei tempi di pagamento compatibilmente con le risorse finanziarie			10%	10%	Indicatore: Indice di tempestività dei pagamenti; Ufficio di valutazione: Direzione Amministrativa
	Adempimenti previsti dalla Deliberazione Direttore Generale n. 270/2013 in applicazione di quanto disposto del Decreto Legge n. 35/2012 convertito in Legge 64/2013	15%	15%			
2	Assolvimento adempimenti previsti dal Deliberazione DG n. 125/2015 e s.m.i. in materia di Trasparenza in ordine ai precedenti amministrativi attribuibili all'Area per le materie di competenza			5%	5%	Indicatore: Aggiornamento continuo e qualità del dato; Ufficio di verifica: Ufficio Trasparenza-UOSE
3	<i>Aggiornamento continuo piattaforma per la certificazione dei crediti</i>			10%	10%	Indicatore: Verifica stato aggiornamento rispetto alla CoGe; Ufficio di Controllo: Direttore Amministrativo
4	Prosecuzione delle attività per la certificazione del Bilancio e predisposizione di Stati di Avanzamento Lavoro	10%	10%	10%	10%	Indicatore: Relazione sullo stato di avanzamento delle attività; Ufficio di verifica: Direzione Amministrativa
	Adozione del nuovo Piano dei Centri di Costo e predisposizione di un report di transcodifica vecchio - nuovo centro di costo	5%	5%			
	Rispetto delle scadenze dei flussi informativi così come riportati nella deliberazione DG n. 53/2013	10%	10%			
	Formalizzazione del modello dei costi standard del NISAN	5%	5%			
5	<i>Prosecuzione delle attività di avvio del modello dei costi standard del NISAN</i>			10%	10%	Indicatore: Relazione sullo stato di avanzamento delle attività; Ufficio di verifica: Direzione Amministrativa
	Avvio della fatturazione elettronica attiva e passiva	5%	5%			
6	Utilizzo ed analisi del software del Ris Pacs per l'analisi della Radiodiagnostica con predisposizione di report e relazione	5%	5%	10%	10%	Indicatore: Report e relazione; Ufficio di verifica: Direzione Amministrativa/Direzione Sanitaria
7	<i>Rispetto del budget delle ore di straordinario assegnate con nota prot. n. 8610/2015 e successive</i>			10%	10%	Indicatore: Rispetto budget ore straordinario; Ufficio di verifica: SC AGRU
OBIETTIVI SANITARI E ORGANIZZATIVI		Valore	Raggiunto nel 2014	Dirigenza	Comparto	Indicatore ed Ufficio di verifica
8	Monitoraggio continuo in collaborazione con l'AGRU 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%	5%	5%	5%	Indicatore: Relazione sullo stato di avanzamento delle attività; Ufficio di verifica: Direzione Amministrativa
	Collaborazione attiva alle attività previste dal tavolo tecnico di coordinamento costituito dalla Regione Puglia con nota prot n. AOO_005/00209 del 17/06/2014 per completare le attività relative al trasferimento di proprietà dell'immobile	10%	10%			
9	<i>Collaborazione attiva nella realizzazione degli adempimenti previsti dal D.Lgs .81/08 e s.m.i.</i>			5%	5%	Indicatore: n. richieste evase positivamente/ n. richieste pervenute; Ufficio di verifica: Servizio Prevenzione e Protezione

OBIETTIVI
2015-2016

U.O.C. Area Gestione Risorse Finanziarie e U.O.S. Controllo di Gestione

Dr.ssa Tiziana Dimatteo

			Obiettivo 2014		Obiettivo 2015-2016		N. 23
OBIETTIVO DI QUALITA'			Valore	Raggiunto nel 2014	Dirigenza	Comparto	Indicatore ed Ufficio di verifica
	Collaborazione attiva alla certificazione ISO9001 e/o dell'accreditamento OECE delle attività cliniche, scientifiche ed amministrative dell'Istituto		5%	5,0%			
10	<i>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 OECE</i>				5%	5%	Indicatore: Relazione periodica sulle attività; Ufficio di verifica: Direzione Scientifica/Direzione Amministrativa
OBIETTIVI SCIENTIFICI			Valore	Raggiunto nel 2014	Dirigenza	Comparto	Indicatore ed Ufficio di verifica
	Almeno 1 richiesta di finanziamento per progetti di ricerca inviate ad enti pubblici e privati, escluso il Ministero della Salute		2,5%	2,5%			
	Formazione sul campo e affiancamento al personale amministrativo e contrattista della Direzione Scientifica per consentire l'emissione degli ordini		2,5%	2,5%			
11	<i>Predisposizione degli ordini informatizzati 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</i>				5%	5%	Indicatore: Ordini contratti di collaborazione; Ufficio di verifica: Direttore Amministrativo
12	<i>Collaborazione con la Direzione Scientifica per la raccolta della documentazione utile alla rendicontazione dei progetti di ricerca, per quanto di competenza</i>				10%	10%	Indicatore: Riscontri alla Direzione Scientifica; Ufficio di verifica: Direttore Amministrativo
13	Alimentazione dell'ambiente informatico condiviso al fine di agevolare la Direzione Scientifica nella rendicontazione dei progetti		5%	5,0%	5%	5%	Indicatore: Report condiviso; Ufficio di verifica: Direttore Amministrativo
TOTALE			100%	100%	100%	100%	

I presenti obiettivi si intendono riconfermati anche per l'anno 2016 nelle more della ricontrattazione

08/10/2015

LEGENDA:

Obiettivi raggiunti nel 2014 non confermati per gli anni 2015-2016

Il Responsabile

F. to Dr.ssa Tiziana Dimatteo

Nota: Le integrazioni degli obiettivi 2015 sono riportate in corsivo e si intendono valide dalla data di sottoscrizione

**OBIETTIVI
2015-2016**

U.O.C. Area Gestione Risorse Umane
Dr. Umberto Simonetti

N. 24

OBIETTIVI ECONOMICI-AMMINISTRATIVI		Obiettivo 2014		Obiettivo 2015-2016		Indicatore ed Ufficio di verifica
		Valore	Raggiunto nel 2014	Dirigenza	Comparto	
1	Monitoraggio periodico dello straordinario e delle indennità disagio per Area Contrattuale e per Unità Operativa	10%	10%	10%	10%	Indicatore: Report periodico; Ufficio di Controllo: Direttore Amministrativo
	Rispetto delle scadenze dei flussi informativi così come riportati nella Deliberazione Direttore Generale n. 53/2013	10%	10%			
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%	5%	Indicatore: Riscontri nei termini richiesti; Ufficio di Controllo: Direttore Amministrativo/ SS Controllo di Gestione
3	Aggiornamento continuo della procedura informatica per la trasmissione mensile via e_mail del cartellino al singolo dipendente ed al responsabile di riferimento	10%	10%	5%	5%	Indicatore: Relazione sullo stato di avanzamento delle attività; Ufficio di verifica: Direzione Amministrativa
	Aggiornamento continuo del sito aziendale con le informazioni relative al personale dipendente al fine del rispetto la normativa sulla trasparenza aziendale	10%	10%			Indicatore: Relazione sullo stato di avanzamento delle attività; Ufficio di verifica: Direzione Amministrativa
	Rispetto degli di pubblicazione previsti dalla vigente normativa. Puntuale osservanza di quanto stabilito nel Programma Triennale per la Trasparenza e l'integrità (anni 2015/2017 .deliberazione n. 125/2015)	10%	10%			
4	Assolvimento adempimenti previsti dal Deliberazione DG n. 125/2015 e s.m.i. in materia di Trasparenza in ordine ai precedenti amministrativi attribuibili all'Area per le materie di competenza			10%	10%	Indicatore: Aggiornamento continuo e qualità del dato; Ufficio di verifica: Ufficio Trasparenza-UOSE
5	Inserimento ed aggiornamento continuo dei dati anagrafici del personale dipendente nel portale di EDOTTO alla luce delle nuove disposizioni regionali	10%	10%	10%	10%	Indicatore: Relazione sullo stato di avanzamento delle attività; Ufficio di verifica: Direzione Amministrativa
	Attività connesse all'avvio del servizio mensa per i dipendenti	5%	5%			
	Mappatura dell'orario di servizio del personale dipendente per U.O. e qualifica	5%	5%			
6	Adempimenti connessi al monitoraggio delle Performance con predisposizione di un report in cui, per ciascun dipendente, viene riportata la valutazione assegnata dal relativo responsabile			5%	5%	Indicatore: Report performance; Ufficio di verifica: Direzione Amministrativa
7	Predisposizione del piano triennale delle performance e della correlata relazione ai sensi del D.lgs n. 150/2009			10%	10%	Indicatore: Report performance; Ufficio di verifica: Direzione Amministrativa
8	Rispetto del budget delle ore di straordinario assegnate con nota prot. n. 8610/2015 e successive			5%	5%	Indicatore: Rispetto budget ore straordinario; Ufficio di verifica: Direzione Amministrativa
9	Monitoraggio della spesa del personale a tempo determinato			5%	5%	Indicatore: Rispetto semestrale; Ufficio di verifica: Direzione Amministrativa
OBIETTIVI SANITARI E ORGANIZZATIVI		Valore	Raggiunto nel 2014	Dirigenza	Comparto	Indicatore ed Ufficio di verifica
10	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	10%	10%	10%	10%	Indicatore: Relazione sullo stato di avanzamento delle attività; Ufficio di verifica: Direzione Amministrativa
	Proposta di regolamento ALPI	5%	NV			
	Proposta di un Contratto integrativo Aziendale per la distribuzione del risultato/produzione	10%	10%			

OBIETTIVI
2015-2016

U.O.C. Area Gestione Risorse Umane
Dr. Umberto Simonetti

N. 24

OBIETTIVO DI QUALITA'		Obiettivo 2014		Obiettivo 2015-2016		Indicatore ed Ufficio di verifica
		Valore	Raggiunto nel 2014	Dirigenza	Comparto	
Collaborazione attiva alla certificazione ISO9001 e/o dell'accreditamento OECD delle attività cliniche, scientifiche ed amministrative dell'Istituto		5%	5%			
11	<i>Collaborazione attiva alle attività propedeutiche alla verifica del Ministero della Salute per il riconoscimento del carattere scientifico di IRCCS</i>			5%	5%	Indicatore: Relazione periodica sulle attività; Ufficio di verifica: Direzione Scientifica/Direzione Amministrativa
OBIETTIVI SCIENTIFICI		Valore	Raggiunto nel 2014	Dirigenza	Comparto	Indicatore ed Ufficio di verifica
12	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%	10%	10%	10%	Indicatore: Provvedimenti; Ufficio di verifica: Direttore Amministrativo
13	<i>Collaborazione con la Direzione Scientifica per la raccolta della documentazione utile alla rendicontazione dei progetti di ricerca, per quanto di competenza</i>			10%	10%	Indicatore: Ricontri alla Direzione Scientifica; Ufficio di verifica: Direttore Amministrativo
TOTALE		110%	95/95=100%	100%	100%	

I presenti obiettivi si intendono riconfermati anche per l'anno 2016 nelle more della ricontrattazione

LEGENDA:

Obiettivi raggiunti nel 2014 non confermati per gli anni 2015-2016

Nota: Le integrazioni degli obiettivi 2015 sono riportate in corsivo e si intendono valide dalla data di sottoscrizione

08/10/2015

Il Responsabile

F. to Dr. Umberto Simonetti

**OBIETTIVI
2015-2016**

U.O.C. Area Gestione Tecnica

Ing. Giancarlo Salomone

N. 25

OBIETTIVI ECONOMICI-AMMINISTRATIVI		Obiettivi 2014		Obiettivo 2015-2016		Indicatore ed Ufficio di verifica
		Valore	Raggiunto nel 2014	Dirigenza	Comparto	
1	Riduzione dei tempi di liquidazione delle fatture al fine di consentire il pagamento a 60 giorni data fattura, come previsto dalla normativa vigente, e l'azzeramento dei debiti alla data del 31/12/2014, compatibilmente con la trasmissione di ogni utile documentazione da parte degli altri uffici competenti	10%	10%	10%	10%	Indicatore: n. liquidazioni adottate entro 15 giorni dal momento del completamento della documentazione necessaria rispetto al numero totale di atti con documentazione completa; Ufficio di valutazione: Direzione Amministrativa
	Monitoraggio dell'orario del personale assegnato in modo da razionalizzare il ricorso allo straordinario e verificare il corretto utilizzo dei permessi di legge	5%	5%			
2	Rispetto del budget delle ore di straordinario assegnate con nota prot. n. 8610/2015 e successive			5%	5%	Indicatore: Rispetto budget ore straordinario; Ufficio di verifica: SC AGRU
	Predisposizione di una bozza di regolamento di cassa economale che preveda la gestione di un'unica cassa anche per le attività delegate ai fini del rispetto del D.L n. 81/2008.	10%	N.V.			
	Prosecuzione delle attività di rinegoziazione dei contratti al fine di realizzare i risparmi nei costi previsti dalla Spending Review, con particolare riferimento ai costi per energia elettrica ed alle manutenzioni	5%	5%			
3	Attività di rinegoziazione dei contratti di cui all'art. 9 ter del D.L. n. 78/2015 e relativi adempimenti			10%	10%	Indicatore: % risparmio spesa beni e servizi; Ufficio di controllo: SC AGRF
	Rispetto delle scadenze dei flussi informativi così come riportati nella deliberazione Direttore Generale n. 53/2013	5%	5%			
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, compresi gli adempimenti AVCPASS			10%	10%	Indicatore: Riscontri nei termini richiesti; Ufficio di Controllo: Direttore Amministrativo/ SS Controllo di Gestione
5	Predisposizione tempestiva degli ordini di spesa informatizzati per ciascun provvedimento di acquisto (Delibera/Determina) - Obiettivo CIV 2015	10%	10%	10%	10%	Indicatore: Ordini nella procedura amministrativo - contabile; Ufficio di Verifica: SS Controllo di Gestione
	Alimentazione continua del modulo dei cespiti della procedura amministrativo - contabile per gli acquisti dell'anno 2013 in quadratura con la Co.Ge.	10%	10%			
	Aggiornamento continuo e tempestivo del modulo del magazzino economale della procedura amministrativo- contabile	5%	5%			
6	Collaborazione attiva nelle attività propedeutiche alla certificabilità del bilancio per quanto di competenza	2,5%	2,5%	5%	5%	Indicatore: Relazione sullo stato di avanzamento delle attività; Ufficio di verifica: Direzione Amministrativa/AGRF
	Collaborazione attiva alle attività previste dal tavolo tecnico di coordinamento costituito dalla Regione Puglia con nota prot n. AOO_005/00209 del 17/06/2014 per completare le attività relative al trasferimento di proprietà dell'immobile	5%	5%			
7	Aggiornamento Regolamento aziendale di applicazione delle disposizioni dell'art. 93 del D.Lgs n. 163/2006			5,0%	5%	Indicatore: Bozza di regolamento; Ufficio di verifica: Direzione Amministrativa
8	Assolvimento adempimenti previsti dal Deliberazione DG n. 125/2015 e s.m.i. in materia di Trasparenza in ordine ai precedenti amministrativi attribuibili all'Area per le materie di competenza			5%	5%	Indicatore: Aggiornamento continuo e qualità del dato; Ufficio di verifica: Ufficio Trasparenza-UOSE

**OBIETTIVI
2015-2016**

U.O.C. Area Gestione Tecnica

Ing. Giancarlo Salomone

N. 25

OBIETTIVI SANITARI E ORGANIZZATIVI		Obiettivi 2014		Obiettivo 2015-2016		Indicatore ed Ufficio di verifica
		Valore	Raggiunto nel 2014	Dirigenza	Comparto	
	Accreditamento della U.O. di Ematologia e avvio camera sterile e trapianto cellule staminali (Obiettivo CIV anno 2014)	2,5%	2,5%			
	Attività finalizzate alla riorganizzazione del CUP- Ticket ed alla attivazione della accettazione e prenotazione periferica (Obiettivo CIV)	5%	5%			
9	Attività finalizzate alla realizzazione e attivazione del polo didattico (Obiettivo CIV 2015)			20%	20%	Indicatore: progettazione e realizzazione polo didattico; Ufficio di verifica: Direttore Amministrativo
	Adempimenti di competenza relativamente a quanto disposto dal d.lgs 81/08	5%	5%			Indicatore: Relazione sulle attività; Ufficio di verifica: Direzione Amministrativa/Direzione Sanitaria
10	Collaborazione attiva nella realizzazione degli adempimenti previsti dal D.Lgs .81/08 e s.m.i.			15,0%	15%	Indicatore: n. richieste evase positivamente/ n. richieste pervenute; Ufficio di verifica: Servizio Prevenzione e Protezione
	Attivazione della IORT	5%	5%			
OBIETTIVO DI QUALITA'		Valore	Raggiunto nel 2014	Dirigenza	Comparto	Indicatore ed Ufficio di verifica
	Collaborazione attiva alla certificazione ISO9001 e/o dell'accREDITAMENTO OECE delle attività cliniche, scientifiche ed amministrative dell'Istituto	5%	5,0%			
11	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 OECE			5%	5%	Indicatore: Relazione periodica sulle attività; Ufficio di verifica: Direzione Scientifica/Direzione Amministrativa
OBIETTIVI SCIENTIFICI		Valore	Raggiunto nel 2014	Dirigenza	Comparto	Indicatore ed Ufficio di verifica
	Ultimazione dei lavori edili per progetti di ricerca finanziati	5%	5%			
	Ottimizzazione delle procedure per il completo utilizzo dei contributi in conto capitale non ancora utilizzati	5%	5%			
12	Predisposizione di capitolati di gara per l'acquisizione di attrezzature tecnologiche per la Direzione Scientifica	5%	5%	10%	10%	Indicatore: N. capitolati/n. richieste; Ufficio di verifica: SS Controllo di Gestione
TOTALE		100%	100,0%	100%	100%	

I presenti obiettivi si intendono riconfermati anche per l'anno 2016 nelle more della

LEGENDA:

 Obiettivi raggiunti nel 2014 non confermati per gli anni 2015-2016

Nota: Le integrazioni degli obiettivi 2015 sono riportate in corsivo e si intendono valide dalla data di sottoscrizione

08/10/2015

Il Responsabile

F. to Ing. Giancarlo Salomone

Annotazioni a verbale dell'incontro del 08/10/2015:

- Relativamente all'obiettivo n. 12 l'Ing. Salomone evidenzia che il raggiungimento dell'obiettivo è legato alla garanzia della continuità della disponibilità di n. 2 ingegneri a contratto

OBIETTIVI
2015-2016

Obiettivi per il personale amministrativo della SS Struttura Burocratico Legale, Affari Generali e Privacye Staff di Direzione Strategica

Responsabile: Dr. Umberto Simonetti

OBIETTIVI ECONOMICI-AMMINISTRATIVI E SCIENTIFICI		Obiettivo 2014		Obiettivi 2015-2016	N. 26
		Valore	Raggiunto nel 2014	Valore Comparto	Indicatore ed Ufficio di verifica
1	Predisposizione tempestiva degli ordini di spesa informatizzati per ciascun provvedimento (Delibera/Determina)	10%	10%	10%	Indicatore: % Ordini emessi su fatture/parcelle; Ufficio di Verifica: SS Controllo di Gestione
	Rispetto delle scadenze dei flussi informativi per gli adempimenti contabili	10%	10%		
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			10%	Indicatore: Riscontri nei termini richiesti; Ufficio di Controllo: SS Controllo di Gestione
	Predisposizione dell'albo dei legali distinti per specializzazione	10%	10%		
	Aggiornamento continuo dello stato del contenzioso in essere	20%	20%		Indicatore: report stato contenzioso; Ufficio di verifica: Direttore Amministrativo
3	Tenuta ed aggiornamento dell'albo dei legali distinti per specializzazione			10%	Indicatore: Entro marzo 2016 predisposizione elenco legali aggiornato ; Ufficio di verifica: SS Controllo di Gestione
4	Tenuta ed aggiornamento dell'archivio del contenzioso con valutazione del rischio di soccombenza			10%	Indicatore: Report trimestrale stato contenzioso con valutazione del rischio; Ufficio di verifica: SS Controllo di Gestione
	Collaborazione all'adeguamento/completamento del sito web con offerta dettagliata dei percorsi integrati garantiti dalla struttura per quanto di competenza . (Obiettivo CIV anno 2014)	10%	10%		
	Proposta di regolamento per la gestione del protocollo aziendale	5%	0%		
5	Bozza regolamento per la gestione del protocollo informatico e dei flussi documentali			10%	Indicatore: Proposta bozza regolamento; Ufficio di verifica: Direttore Amministrativo
6	Bozza regolamento per il conferimento degli incarichi legali			10%	Indicatore: Proposta bozza regolamento; Ufficio di verifica: Direttore Amministrativo
7	Gestione convenzioni con altri enti			10%	Indicatore: Report trimestrale; Ufficio di verifica: Direttore Amministrativo
	Supporto per la definizione del contenzioso con le C.C.C. S.r.l.	10%	10%		
	Predisposizione tempestiva delle convenzioni tra gli Enti	5%	5%		
8	Supporto alle attività straordinarie richieste nell'ambito della Direzione Strategica per quanto di competenza	10%	10%	10%	Indicatore: Relazione sulle attività; Ufficio di verifica: Direttore Amministrativo
9	Assolvimento adempimenti previsti dal Responsabile per la Trasparenza per i precedenti amministrativi attribuibili all'Area per le materie di competenza			5%	Indicatore: Aggiornamento continuo e qualità del dato; Ufficio di verifica: Ufficio Trasparenza-UOSE
10	Rispetto del budget delle ore di straordinario assegnate con nota prot. n. 8610/2015 e successive			5%	Indicatore: Rispetto budget ore straordinario; Ufficio di verifica: SC AGRU
11	Collaborazione attiva nella realizzazione degli adempimenti previsti dal D.Lgs .81/08 e s.m.i.			5%	Indicatore: n. richieste evase positivamente/ n. richieste pervenute; Ufficio di verifica: Servizio Prevenzione e Protezione

**OBIETTIVI
2015-2016**

OBIETTIVO DI QUALITA'		Valore	Raggiunto nel 2014	Valore Comparto	Indicatore ed Ufficio di verifica
	Collaborazione attiva alla certificazione ISO9001 e/o dell'accreditamento OECEI delle attività cliniche, scientifiche ed amministrative dell'Istituto	10%	10,0%		
12	<i>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 OECEI</i>			5%	Indicatore: Relazione periodica sulle attività; Ufficio di verifica: Direzione Scientifica/Direzione Amministrativa

TOTALE **100%** **95%** **100%**

I presenti obiettivi si intendono riconfermati anche per l'anno 2016 nelle more della ricontrattazione

LEGENDA:

Obiettivi raggiunti nel 2014 non confermati per gli anni 2015-2016

Nota: Le integrazioni degli obiettivi 2015 sono riportate in corsivo e si intendono valide dalla data di sottoscrizione

08/10/2015

Il Responsabile

F. to Dott. Umberto Simonetti

OBIETTIVI
2015-2016

Obiettivi per il personale amministrativo della Direzione Scientifica

Responsabile: Prof. Giampietro Gasparini

OBIETTIVI ECONOMICI-AMMINISTRATIVI E SCIENTIFICI		Obiettivo 2014		Obiettivo 2015-2016	N. 27
		Valore	Raggiunto nel 2014	Valore Comparto	Indicatore ed Ufficio di verifica
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	5%	5%	10%	Indicatore: Relazione analitica sulle attività; Ufficio di Controllo: SS Controllo di Gestione
	Rispetto delle scadenze dei flussi informativi per gli adempimenti contabili	10%	0%		
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			5%	Indicatore: Riscontri nei termini richiesti; Ufficio di Controllo: SS Controllo di Gestione
	Ottimizzazione dei tempi previsti dalla normativa vigente per la liquidazione delle fatture al fine di consentire il pagamento a 60 giorni dalla data di registrazione della fattura, come previsto dalla normativa vigente, e l'azzeramento dei debiti alla data del 31 dicembre 2013, con giustificazione dei motivi del mancato pagamento, con particolare riferimento ai debiti per Unità Collaboranti Esterne	5%	2,50%		Indicatore: Elenchi di liquidazione; Ufficio di verifica: SC AGRF
3	Riduzione dei tempi di liquidazione delle fatture al fine di consentire il pagamento a 60 giorni data fattura, come previsto dalla normativa vigente, e l'azzeramento dei debiti alla data del 31/12/2014			5%	Indicatore: Riduzione tempi di pagamento; Ufficio di valutazione: Direzione Amministrativa
4	Predisposizione ed aggiornamento continuo di un report analitico della Ricerca Corrente per Unità Operativa, per progetto e per voce di spesa al fine di monitorare i residui per linea di ricerca	10%	10%	10%	Indicatore: Report; Ufficio di verifica: SC AGRF
	Contributo propositivo per la corretta programmazione ed utilizzo dei finanziamenti per il 5 per mille	5%	5%		
5	Predisposizione Regolamento Centro Studi Clinici			10%	Indicatore: Proposta di Regolamento; Ufficio di verifica: Direzione Amministrativa/SS Controllo di Gestione
6	Predisposizione tempestiva degli ordini di spesa informatizzati per ciascun provvedimento di acquisto nell'ambito dei progetti di ricerca finanziati (Delibera/Determina)	10%	5%	10%	Indicatore: Ordini informatizzati; Ufficio di verifica: SS Controllo di Gestione
7	Rispetto della Disposizione di servizio prot n. 16973 del 25/10/2012 relativa all'iter amministrativo da seguire per la rendicontazione dei progetti di ricerca con particolare riferimento alla predisposizione di Deliberazione di chiusura economica e scientifica dei progetti di ricerca,	10%	2%	5%	Indicatore: Provvedimenti di chiusura progetti scaduti; Ufficio di verifica: SS Controllo di Gestione
8	Rispetto delle scadenze Ministeriali attraverso il Workflow	5%	5%	10%	Indicatore: Note di riscontro/Note di inoltro documentazione; Ufficio di verifica: SS Controllo di Gestione
	Partecipazione attiva da parte di tutto il personale amministrativo e contrattista all'attività di formazione sul campo e affiancamento posta in essere dall'AGRF al fine di consentire l'emissione degli ordini	5%	5%		
9	Alimentazione completa e tempestiva dell'ambiente informatico condiviso al fine di agevolare il confronto con i dati di contabilità	10%	10%	5%	Indicatore: Report; Ufficio di verifica: SC AGRF
	Attivazione in autonomia delle procedure di acquisto per le esigenze della ricerca	10%	10%		
10	Aggiornamento e tempestiva comunicazione ai ricercatori della documentazione da loro richiesta nell'ambito della rete interbibliotecaria nazionale ed internazionale	5%	5%	5%	Indicatore: Note di comunicazione ai ricercatori; Ufficio di verifica: SS Controllo di Gestione
11	Attività Bibliosan			10%	Indicatore: Relazione analitica sulle attività; Ufficio di Controllo: SS Controllo di Gestione
12	Monitoraggio bimestrale dei parametri qualitativi della produzione scientifica			5%	Indicatore: Relazione analitica sulle attività; Ufficio di Controllo: SS Controllo di Gestione

OBIETTIVI
2015-2016

Obiettivi per il personale amministrativo della Direzione Scientifica

Responsabile: Prof. Giampietro Gasparini

		Obiettivo 2014		Obiettivo 2015-2016	N. 27
OBIETTIVO DI QUALITA'		Valore	Raggiunto nel 2014	Valore Comparto	Indicatore ed Ufficio di verifica
	Collaborazione attiva alla certificazione ISO9001 e/o dell'accreditamento OECI delle attività cliniche, scientifiche ed amministrative dell'Istituto	10%	10,0%		
13	<i>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 OECI</i>			10%	Indicatore: Relazione periodica sulle attività; Ufficio di verifica: Direzione Scientifica/Direzione Amministrativa
TOTALE		100%	74,50%	100%	

I presenti obiettivi si intendono riconfermati anche per l'anno 2016 nelle more della ricontrattazione

LEGENDA:

Obiettivi raggiunti nel 2014 non confermati per gli anni 2015-2016

Nota: Le integrazioni degli obiettivi 2015 sono riportate in corsivo e si intendono valide dalla data di sottoscrizione

08/10/2015

Il Responsabile

F. to Prof. Giampietro Gasparini