

| N. | Dipartimento | Struttura      | Tipologia obiettivi                                                                         | Dettaglio                                                                                                     | Indicatore                                                                                     | Target                                                                                               | Verificatore          | Pesp max | Modalità di verifica                                      | Peso GBSC |
|----|--------------|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|----------|-----------------------------------------------------------|-----------|
| 1  | Staff        | UOSE e Qualità | Obiettivi concernenti il miglioramento dell'appropriatezza ed il potenziamento dell'offerta | Monitoraggio indicatori di appropriatezza di codifica                                                         | Esecuzione degli audit di appropriatezza della codificazione delle prestazioni                 | Esecuzione di un audit di verifica ed un audit di controllo con ognuna delle strutture di produzione | Controllo di Gestione | 20       | SI/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del Resp. CdG | 50        |
| 2  | Staff        | UOSE e Qualità | Obiettivi concernenti il miglioramento dell'appropriatezza ed il potenziamento dell'offerta | Attuazione del Regolamento per la gestione della modifica delle prescrizioni e della prescrizione di riflesso | Azioni di promozione organizzativa dell'applicazione del regolamento                           | Audit da parte del Controllo di Gestione                                                             | Controllo di Gestione | 15       | SI/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del Resp. CdG |           |
| 3  | Staff        | UOSE e Qualità | Obiettivi concernenti il miglioramento dell'appropriatezza ed il potenziamento dell'offerta | Monitoraggio dei ricoveri outliers                                                                            | % ricoveri outliers ≤ % valore anno precedente, audit                                          | Riduzione pari al 10%                                                                                | Controllo di Gestione | 15       | SI/No A seguito di riscontro da parte del Resp. CdG       |           |
| 4  | Staff        | UOSE e Qualità | Obiettivi di miglioramento organizzativo e della qualità percepita                          | Aggiornamento della Carta dei Servizi                                                                         | Pubblicazione nuova carta dei servizi                                                          | SI/No                                                                                                | Direzione Sanitaria   | 20       | SI/No/Parz A seguito di riscontro da parte della DS       | 25        |
| 5  | Staff        | UOSE e Qualità | Obiettivi di miglioramento organizzativo e della qualità percepita                          | Miglioramento del sistema di valutazione individuale                                                          | Distribuzione della valutazione individuale intorno al suo valore medio                        | non inferiore al 10%                                                                                 | AGRU                  | 5        | SI/No                                                     |           |
| 6  | Staff        | UOSE e Qualità | Flussi Informativi: qualità e tempestività                                                  | Attivazione Sistema Unico Contabile                                                                           | Avvio del parallelo con l'attuale sistema di contabilità e rispetto della tempistica regionale | Rispetto del cronoprogramma                                                                          | AGRF                  | 5        | SI/No/Parz. Secondo relazione del verificatore            | 5         |
| 7  | Staff        | UOSE e Qualità | Flussi informativi: qualità e tempestività                                                  | Liquidazione fatture per le prestazioni intra-aziendali di competenza Direzione Sanitaria                     | Indicatore Tempestività dei pagamenti                                                          | ITP≤0                                                                                                | AGRF                  | 10       | SI/no/Parz. A seguito di riscontro                        | 10        |
| 8  | Staff        | UOSE e Qualità | Trasparenza ed anticorruzione; controllo/azioni correttive                                  | Implementazione delle attività a carico della U.O.                                                            | Relazione a carico del RPACT                                                                   | Relazione                                                                                            | RPACT                 | 5        | SI/No da riscontri dei verificatori                       | 5         |
| 9  | Staff        | UOSE e Qualità | Benessere organizzativo e pari opportunità                                                  | Implementazione delle attività a carico della U.O.                                                            | Relazione del Referente CUG                                                                    | Assenza contestazioni                                                                                | Referente CUG         | 5        | SI/No da riscontri dei verificatori                       | 5         |

ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II"  
I.R.C.C.S. BARI  
Direttore Generale  
Avv. Alessandro DELLE DONNE

IRCCS Istituto Tumori "Giovanni Paolo II"  
Viale Orazio Flacco, 65 - Bari  
Unità Operativa Complessa  
di Statistica ed Epidemiologia  
Controllo di Gestione e Qualità  
Dr. Pietro Milla

| N. | Dipartimento | Struttura         | Tipologia obiettivi                                                                                                      | Dettaglio                                                                               | Indicatore                                                                                     | Target                                                                                                              | Verificatore          | Peso max | Modalità di verifica                                                                                                                | Peso GBSC |
|----|--------------|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 1  | Staff        | Farmacia ed UMACA | Obiettivi relativi alla conservazione dell'equilibrio economico: «incremento dei ricavi» and/or «contenimento dei costi» | Piano d'azione per il rispetto del tetto di spesa dei Dispositivi Medici e Farmaceutici | Verballi degli Incontri                                                                        | Incontri e relazioni con i Responsabili delle U.O.                                                                  | Controllo di Gestione | 20       | Si/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del Resp. CdG                                                                           | 20        |
| 2  | Staff        | Farmacia ed UMACA | Obiettivi connessi al potenziamento della ricerca traslazionale e dell'attività di ricerca in generale                   | Pubblicazioni                                                                           | Impact Factor normalizzato                                                                     | IF2022 = IF 2021                                                                                                    | Direzione Scientifica | 15       | Punteggio almeno uguale 1 (IF2022/IF2021)                                                                                           | 15        |
| 3  | Staff        | Farmacia ed UMACA | Obiettivi di miglioramento organizzativo e della qualità percepita                                                       | Efficientamento chemioterapie e offerta assistenziale                                   | Relazione di verifica                                                                          | Preparazione chemioterapie in orario continuato meridiano e antimeridiano in parallelo agli ambulatori di Oncologia | UOSE e Qualità        | 25       | Si/No                                                                                                                               | 30        |
| 4  | Staff        | Farmacia ed UMACA | Obiettivi di miglioramento organizzativo e della qualità percepita                                                       | Miglioramento del sistema di valutazione                                                | Distribuzione della valutazione individuale intorno al suo valore medio                        | non inferiore al 10%                                                                                                | AGRU                  | 5        | Si/No                                                                                                                               |           |
| 5  | Staff        | Farmacia ed UMACA | Flussi informativi: qualità e tempestività                                                                               | Elaborazione di un piano di controllo degli armadietti di Reparto                       | Elaborazione del piano entro il 15 MARZO. Implementazione dal 16 marzo                         | Trasmissione piano. Relazioni periodiche sui controlli                                                              | Controllo di gestione | 5        | Si/No                                                                                                                               | 25        |
| 6  | Staff        | Farmacia ed UMACA | Flussi informativi: qualità e tempestività                                                                               | Tempestività pagamenti fatture                                                          | Indice Tempestività dei Pagamenti risultante dal Sistema Contabile                             | ITP <= 0                                                                                                            | AGRF                  | 5        | Si/no. A seguito di riscontro da parte del Dir. AGRF                                                                                |           |
| 7  | Staff        | Farmacia ed UMACA | Flussi informativi: qualità e tempestività                                                                               | Flusso Dispositivi                                                                      | Rispetto del target regionale sulla qualità dei flussi                                         | Indicatore DM con CND entro le percentuali stabilite a livello nazionale                                            | Controllo di Gestione | 10       | %conseguita = %target nazionale --> Pmax; %conseguita < %target nazionale --> Pmax - 20% Pmax per ogni punto percentuale inferiore. |           |
| 8  | Staff        | Farmacia ed UMACA | Flussi informativi: qualità e tempestività                                                                               | Attivazione Sistema Unico Contabile                                                     | Avvio del parallelo con l'attuale sistema di contabilità e rispetto della tempistica regionale | Rispetto del cronoprogramma                                                                                         | AGRF                  | 5        | Si/No/Parz. Secondo relazione del verificatore                                                                                      | 5         |
| 9  | Staff        | Farmacia ed UMACA | Trasparenza ed anticorruzione: controllo/azioni correttive                                                               | Implementazione delle attività a carico della U.O.                                      | Relazione a carico del RPACT                                                                   | Relazione                                                                                                           | RPACT                 | 5        | Si/No da riscontri dei verificatori                                                                                                 |           |
| 10 | Staff        | Farmacia ed UMACA | Benessere organizzativo e pari opportunità                                                                               | Implementazione delle attività a carico della U.O.                                      | Relazione del Referente CUG                                                                    | Assenza contestazioni                                                                                               | Referente CUG         | 5        | Si/No da riscontri dei verificatori                                                                                                 | 5         |

14.7.2022

ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II"  
I.R.C.C.S. BARI  
Direttore Generale  
Avv. Alessandro DELLE DONNE

Patrizia Nardulli  
STRUTTURA COMPLESSA  
FARMACIA e U.Ma. C.A.  
IL DIRETTORE  
dr.ssa Patrizia Nardulli

| N. | Dipartimento | Struttura                                               | Tipologia obiettivi                                                                                                      | Dettaglio                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Indicatore                                                                                                                                                                                                                            | Target                                                                   | Verificatore             | Peso max | Modalità di verifica                                                   | Peso GBSC |
|----|--------------|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------|------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 1  | Staff        | Struttura Burocratico Legale, Privacy e Affari Generali | Obiettivi relativi alla conservazione dell'equilibrio economico: «incremento dei ricavi» and/or «contenimento dei costi» | CVS: Redazione di regolamento per la gestione del Comitato Valutazione Sinistri che tenga conto delle recenti "Linee Guida Ministeriali per l'attività di gestione dei sinistri da Responsabilità medico/sanitaria" che prevedano la chiusura della valutazione entro 90 gg, formazione del personale (della struttura e del Risk Management) ed aggiornamento periodico della valutazioni a seguito di variazioni dello stato del contenzioso stesso | Invio della Bozza di Regolamento e della relativa deliberazione in tempo utile per la sua adozione entro l'anno. Approntamento di concerto con il Risk Management - Formalizzazione dei corsi di formazione relativi a tale argomento | Invio della bozza di regolamento e deliberazione entro fine Ottobre 2022 | Direzione Amministrativa | 15       | SI/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del D.A.                   | 25        |
| 2  | Staff        | Struttura Burocratico Legale, Privacy e Affari Generali | Obiettivi relativi alla conservazione dell'equilibrio economico: «incremento dei ricavi» and/or «contenimento dei costi» | Completamento delle procedure per la costituzione di un Albo Avvocati - Nomina Difensori dell'Istituto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Invio della Deliberazione di costituzione dell'Albo e relative procedure di avvio                                                                                                                                                     | Invio della deliberazione                                                | Direzione Amministrativa | 10       | SI/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del D.A.                   |           |
| 3  | Staff        | Struttura Burocratico Legale, Privacy e Affari Generali | Obiettivi connessi al potenziamento della ricerca traslazionale e dell'attività di ricerca in generale                   | Affari generali: Supporto e stesura di tutte le convenzioni, anche relative alla ricerca, personale e strutture convenzionate                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Redazione delle convenzioni necessarie entro i tempi prefissati dalla Direzione Strategica                                                                                                                                            | Rispetto delle scadenze assegnate                                        | Direzione Amministrativa | 10       | SI/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del D.A.                   | 10        |
| 4  | Staff        | Struttura Burocratico Legale, Privacy e Affari Generali | Obiettivi di miglioramento organizzativo e della qualità percepita                                                       | Regolamento rotazione incarichi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Deliberazione                                                                                                                                                                                                                         | Adeguamento normativa vigente                                            | Direzione Amministrativa | 5        | SI/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del D.A.                   | 15        |
| 5  | Staff        | Struttura Burocratico Legale, Privacy e Affari Generali | Obiettivi di miglioramento organizzativo e della qualità percepita                                                       | Miglioramento sistema di valutazione                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Distribuzione della valutazione individuale intorno al valore medio                                                                                                                                                                   | non inferiore al 10%                                                     | Direzione Amministrativa | 10       | SI/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del D.A.                   |           |
| 6  | Staff        | Struttura Burocratico Legale, Privacy e Affari Generali | Flussi informatici: qualità e tempestività                                                                               | Attivazione Sistema Unico Contabile                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Avvio del parallelo con l'attuale sistema di contabilità e rispetto della tempistica regionale                                                                                                                                        | Rispetto del cronoprogramma                                              | Direzione strategica     | 10       | SI/no/Parz. A seguito di riscontro da parte della Direzione Strategica | 10        |
| 7  | Staff        | Struttura Burocratico Legale, Privacy e Affari Generali | Transizione digitale in sanità                                                                                           | Avvio protocollo e deliberazioni nuove procedure                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Avvenuto avvio operativo                                                                                                                                                                                                              | 51 Atti entro fine luglio 51 protocollo entro fine dicembre              | Direzione strategica     | 15       | SI/no/Parz. A seguito di riscontro da parte della Direzione Strategica | 15        |
| 8  | Staff        | Struttura Burocratico Legale, Privacy e Affari Generali | Trasparenza ed anticorruzione: controllo/azioni correttive                                                               | PIAO 2022-2024 redazione per competenza                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Deliberazione                                                                                                                                                                                                                         | Organizzazione e supporto al RPCT                                        | Direzione strategica     | 15       | SI/no/Parz. A seguito di riscontro da parte della Direzione Strategica | 25        |
| 9  | Staff        | Struttura Burocratico Legale, Privacy e Affari Generali | Trasparenza ed anticorruzione: controllo/azioni correttive                                                               | Approntamento di un sistema di monitoraggio dell'avanzamento del Piano e di sollecito delle azioni di competenza da parte dei singoli responsabili con reportistica trimestrale alla Direzione Strategica                                                                                                                                                                                                                                             | Report                                                                                                                                                                                                                                | Organizzazione e supporto al RPCT                                        | Direzione strategica     | 10       | SI/no/Parz. A seguito di riscontro da parte della Direzione Strategica |           |

20.7.2022

I.R.C.C.S. "GIOVANNI PAOLO II"  
Struttura Burocratico Legale  
Avv. Maria Grimaldi

*Maria Grimaldi*

Istituto Tumori "GIOVANNI PAOLO II"  
I.R.C.C.S. BARI  
Direttore Generale  
Dr. Alessandro DELLE DONNE

| N. | Dipartimento | Struttura                    | Tipologia obiettivi                                                                                                      | Dettaglio                                                                                                                                                                                          | Indicatore                                                                                     | Target                                                                    | Verificatore               | Peso (max) | Modalità di verifica                                                   | Peso (GBSC) |
|----|--------------|------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|----------------------------|------------|------------------------------------------------------------------------|-------------|
| 1. | Staff        | Risk Management e Formazione | Obiettivi relativi alla conservazione dell'equilibrio economico; «incremento del ricavo» and/or «contenimento dei costi» | Organizzazione di laboratori per l'appropriatezza nell'esecuzione e codifica delle prestazioni sanitarie                                                                                           | Convocazioni e verbali dei laboratori                                                          | Assenza di rilievi maggiori                                               | Direzione Sanitaria        | 20         | SI/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore           | 20          |
| 2. | Staff        | Risk Management e Formazione | Obiettivi connessi al potenziamento della ricerca traslazionale e dell'attività di ricerca in generale                   | Revisione delle SOP di competenza per la conservazione dei requisiti per le sperimentazioni di Fase I, implementazione delle necessarie attività formative, attività di simulazione dell'emergenza | Relazione del Direttore Medico UFS Fase I                                                      | Assenza di rilievi maggiori                                               | Direttore UFS Fase I       | 15         | SI/no/Parz. A seguito di riscontro da parte della Direzione Strategica | 15          |
| 3. | Staff        | Risk Management e Formazione | Obiettivi di miglioramento organizzativo e della qualità percepita                                                       | Implementazione di sistemi di tracciabilità dell'alta disinfezione degli endoscopi flessibili                                                                                                      | Definizione delle specifiche e predisposizione del progetto                                    | Trasmissione documentazione @AGT entro 1° settembre 2022                  | Area Gestione Tecnica      | 10         | SI/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore           | 35          |
| 4. | Staff        | Risk Management e Formazione | Obiettivi di miglioramento organizzativo e della qualità percepita                                                       | Attivazione di linea guida e programma di formazione del nuovo personale arruolato per la protezione da rischio generale, specifico, informatico, ecc.                                             | Adozione linea guida e dei contenuti della FAD                                                 | Trasmissione documentazione @Direzione Strategica entro 1° settembre 2022 | Direzione Strategica       | 15         | SI/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore           |             |
| 5. | Staff        | Risk Management e Formazione | Obiettivi di miglioramento organizzativo e della qualità percepita                                                       | Miglioramento del sistema di valutazione individuale                                                                                                                                               | Distribuzione della valutazione individuale intorno al valore medio                            | non inferiore al 10%                                                      | AGRU                       | 5          | SI/No                                                                  | 5           |
| 6. | Staff        | Risk Management e Formazione | Transizione digitale in sanità                                                                                           | Attivazione di piattaforma FAD per la formazione all'uso delle applicazioni digitali                                                                                                               | Avvio operativo della piattaforma                                                              | Almeno un corso avviato                                                   | Resp. Transizione Digitale | 15         | SI/No                                                                  | 15          |
| 7. | Staff        | Risk Management e Formazione | Flussi informativi: qualità e tempestività                                                                               | Attivazione sistema unico contabile                                                                                                                                                                | Avvio del parallelo con l'attuale sistema di contabilità e rispetto della tempistica regionale | Rispetto del cronoprogramma                                               | AGRF                       | 5          | SI/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore           | 5           |
| 8. | Staff        | Risk Management e Formazione | Trasparenza ed anticorruzione: controllo/azioni correttive                                                               | Implementazione delle attività a carico della U.O.                                                                                                                                                 | Relazione a carico del RPACT                                                                   | Relazione                                                                 | RPACT                      | 5          | SI/No da riscontri dei verificatori                                    | 5           |
| 9. | Staff        | Risk Management e Formazione | Benessere organizzativo e pari opportunità                                                                               | Implementazione delle attività a carico della U.O.                                                                                                                                                 | Relazione del Referente CUG                                                                    | Assenza contestazioni                                                     | Referente CUG              | 5          | SI/No da riscontri dei verificatori                                    | 5           |

U.O. Struttura Semplice Dipartimentale

Clinical Risk Management e Formazione

Resp. la Dott.ssa Antonia Peco

*[Firma]*

ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II"  
I.R.C.C.S. BARI  
Direttore Generale  
Avv. Alessandro DELLE DONNE

*[Firma]*

18.7.2022

| N. | Dipartimento | Struttura                                         | Tipologia obiettivi                                                                                                      | Dettaglio                                                                                                                                                      | Indicatore                                                                                                          | Target                                                                                                                                                                               | Verificatore             | Peso max | Modalità di verifica                                         | Peso |
|----|--------------|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------|--------------------------------------------------------------|------|
| 1  | Staff        | Controllo di Gestione, UTT e Transizione Digitale | Obiettivi relativi alla conservazione dell'equilibrio economico: «incremento dei ricavi» and/or «contenimento dei costi» | CdG: Rinegoziazione dei contratti di fornitura dei dispositivi medici indicati dalle UU.OO. Di concerto con l'Area Gestione del Patrimonio.                    | Conclusione del processo di rinegoziazione entro la fine del mese di ottobre                                        | Rispetto delle scadenze                                                                                                                                                              | Direzione Amministrativa | 10       | Si/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore | 30   |
| 2  | Staff        | Controllo di Gestione, UTT e Transizione Digitale | Obiettivi relativi alla conservazione dell'equilibrio economico: «incremento dei ricavi» and/or «contenimento dei costi» | CdG-TD: Implementazione del nuovo sistema contabile regionale MOSS                                                                                             | Implementazione, di concerto con l'AGRF degli interfacciamenti necessari agli altri sistemi informativi             | Integrazione dei sistemi                                                                                                                                                             | Direzione Strategica     | 10       | Si/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore |      |
| 3  | Staff        | Controllo di Gestione, UTT e Transizione Digitale | Obiettivi relativi alla conservazione dell'equilibrio economico: «incremento dei ricavi» and/or «contenimento dei costi» | CdG: Implementazione delle procedure di budget per beni e servizi                                                                                              | Approntamento del budget degli approvvigionamenti di concerto con AGRF e AGP                                        | Redazione entro 15 ottobre, inserimento delle previsioni nel piano biennale dell'approvvigionamento di beni e servizi                                                                | Direzione Strategica     | 10       | Si/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore |      |
| 4  | Staff        | Controllo di Gestione, UTT e Transizione Digitale | Obiettivi connessi al potenziamento della ricerca traslazionale e dell'attività di ricerca in generale                   | UTT: Miglioramento della gestione tecnico-economica delle sperimentazioni                                                                                      | Aggiornamento, di concerto con la Direzione Scientifica, del nuovo regolamento per l'adozione con atto deliberativo | Consegna bozza nuovo regolamento entro il termine del mese di ottobre, redazione delle versione definitiva post-revisione della direzione entro fine novembre, adozione entro l'anno | Direzione Amministrativa | 15       | Si/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore | 25   |
| 5  | Staff        | Controllo di Gestione, UTT e Transizione Digitale | Obiettivi connessi al potenziamento della ricerca traslazionale e dell'attività di ricerca in generale                   | UTT: Attuazione di nuove modalità organizzative della ricerca                                                                                                  | Approntamento, di concerto con la Direzione Scientifica, di un regolamento per le Società "spin-off"                | Consegna bozza nuovo regolamento entro il termine del mese di novembre, redazione delle versione definitiva post-revisione della direzione entro metà dicembre                       | Direzione Amministrativa | 10       | Si/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore |      |
| 6  | Staff        | Controllo di Gestione, UTT e Transizione Digitale | Obiettivi di miglioramento organizzativo                                                                                 | UTT: Valutazione HTA ed introduzione nuove tecnologie di concerto con FAGTS: Chirurgia Robotica, PET/TC, HDR brachiterapia, MRI;                               | Presentazione delle valutazioni entro il 15 di ottobre                                                              | Rispetto delle scadenze                                                                                                                                                              | Direzione Strategica     | 5        | Si/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore | 25   |
| 7  | Staff        | Controllo di Gestione, UTT e Transizione Digitale | Obiettivi di miglioramento organizzativo                                                                                 | CdG: Emissione procedura per la corretta attribuzione del personale al CdC                                                                                     | Presentazione della procedura alla Direzione Amministrativa per l'emissione entro il 10 agosto                      | Rispetto delle scadenze                                                                                                                                                              | Direzione Amministrativa | 5        | Si/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore |      |
| 8  | Staff        | Controllo di Gestione, UTT e Transizione Digitale | Obiettivi di miglioramento organizzativo                                                                                 | CdG: Miglioramento del sistema di valorizzazione della performance e dell'assegnazione delle premialità al personale del comparto e della dirigenza            | Predisposizione, di concerto con l'AGRU del nuovo regolamento per l'adozione con atto deliberativo                  | Consegna bozza nuovo regolamento entro il termine del mese di ottobre, redazione delle versione definitiva post-revisione della direzione entro fine novembre, adozione entro l'anno | Direzione Amministrativa | 10       | Si/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore |      |
| 9  | Staff        | Controllo di Gestione, UTT e Transizione Digitale | Obiettivi di miglioramento organizzativo                                                                                 | CdG: Monitoraggio, congiuntamente all'AGRF, della corretta imputazione degli ordini e dei ricevimenti alle voci di conto ed ai centri di costo                 | Monitoraggio della corretta emissione degli ordini con reportistica bimestrale                                      | Redazione del report bimestrale a favore della Direzione Strategica                                                                                                                  | Direzione Strategica     | 5        | Si/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore |      |
| 11 | Staff        | Controllo di Gestione, UTT e Transizione Digitale | Obiettivi di miglioramento della qualità percepita                                                                       | CdG: Analisi congiuntamente alla UOSE-Qualità dei risultati dei questionari 353W dell'anno 2021 ed individuazione di azioni per il miglioramento della qualità | Predisposizione di un piano di interventi                                                                           | Consegna dell'analisi entro metà ottobre                                                                                                                                             | Direzione Strategica     | 5        | Si/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore | 5    |
| 12 | Staff        | Controllo di Gestione, UTT e Transizione Digitale | Flussi informativi                                                                                                       | Produzione dei flussi informativi verso l'interno e l'esterno secondo le tempistiche stabilite da Ministero e Regione                                          | Corretta predisposizione ed invio dei flussi                                                                        | Assenza contestazioni                                                                                                                                                                | Direzione Strategica     | 5        | Si/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore | 5    |

25.7.2022

ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II"  
I.R.C.C.S. BARI  
Direttore Generale  
Avv. Alessandra DELLE DONNE

V. Agelli

|    |       |                                                   |                                                            |                                                    |                              |                       |               |   |                                                              |   |
|----|-------|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|------------------------------|-----------------------|---------------|---|--------------------------------------------------------------|---|
| 13 | Staff | Controllo di Gestione, UTT e Transizione Digitale | Benessere organizzativo e pari opportunità                 | Implementazione delle attività a carico della U.O. | Relazione del Referente CUG  | Assenza contestazioni | Referente CUG | 5 | Sì/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore | 5 |
| 14 | Staff | Controllo di Gestione, UTT e Transizione Digitale | Trasparenza ed anticorruzione: controllo/azioni correttive | Implementazione delle attività a carico della U.O. | Relazione a carico del RPACT | Assenza contestazioni | RPACT         | 5 | Sì/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore | 5 |

25.7.2022

ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II"  
I.R.C.C.S. BARI  
Direttore Generale  
Avv. Alessandro DELLE DONNE

Vk Ag. V1

| N.º | Dipartimento | Struttura                            | Tipologia obiettivi                                                                                                      | Dettaglio                                                                                                                                                                               | Indicatore                                                                                     | Target                                                                     | Verificatore                       | Peso max | Modalità di verifica                                         | Peso GBSC |
|-----|--------------|--------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|----------|--------------------------------------------------------------|-----------|
| 1   | Staff        | Servizio delle Professioni Sanitarie | Obiettivi relativi alla conservazione dell'equilibrio economico: «incremento del ricavo» and/or «contenimento dei costi» | Verifica con il supporto del CdG dell'indicatore di efficienza per ogni struttura (eff = valore produzione/ore lavorate e redazione di una proposta per la riallocazione del personale) | Calcolo Indicatore di efficienza, Redazione della proposta                                     | Indicatore di efficienza entro il 30 luglio, Proposta entro il 1 settembre | CdG                                | 10       | Si/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del Verificatore | 35        |
| 2   | Staff        | Servizio delle Professioni Sanitarie | Obiettivi relativi alla conservazione dell'equilibrio economico: «incremento del ricavo» and/or «contenimento dei costi» | Monitoraggio attivazione pronta disponibilità: redazione di un rapporto mensile delle prone disponibilità attivate e delle motivazioni                                                  | Presenza report                                                                                | Esecuzione mensile del monitoraggio a partire dal mese di Luglio           | CdG                                | 7        | Si/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del Verificatore |           |
| 3   | Staff        | Servizio delle Professioni Sanitarie | Obiettivi relativi alla conservazione dell'equilibrio economico: «incremento del ricavo» and/or «contenimento dei costi» | Supporto infermieristico per funzionamento IV sala operatoria                                                                                                                           | Personale infermieristico fornito per il funzionamento della IV sala operatoria                | Personale sufficiente                                                      | Direttore Anestesia e Rianimazione | 10       | Si/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del Verificatore |           |
| 4   | Staff        | Servizio delle Professioni Sanitarie | Obiettivi relativi alla conservazione dell'equilibrio economico: «incremento del ricavo» and/or «contenimento dei costi» | Reportistica mensile al CdG degli orari di funzionamento delle Sale Operatorie                                                                                                          | Presenza report                                                                                | Esecuzione mensile del monitoraggio a partire dal mese di Luglio           | CdG                                | 8        | Si/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del Verificatore |           |
| 5   | Staff        | Servizio delle Professioni Sanitarie | Obiettivi connessi al potenziamento della ricerca traslazionale e dell'attività di ricerca in generale                   | Attivazione, di concerto con la struttura di Clinical Risk Management e Formazione del Percorso Formativo dell'Infermiere di Ricerca                                                    | Formazione alle SOP della sperimentazione e loro applicazione organizzativa                    | Completamento percorso formativo                                           | Direttore Scientifico              | 15       | Si/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del Verificatore | 15        |
| 6   | Staff        | Servizio delle Professioni Sanitarie | Obiettivi concernenti il miglioramento dell'appropriatezza ed il potenziamento dell'offerta                              | Attivazione C.Or.O. secondo Manuale delle Procedure adottato                                                                                                                            | Esecuzione delle azioni di competenza                                                          | Assenza di rilievi maggiori                                                | Responsabile C.Or.O.               | 10       | Si/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del Verificatore | 10        |
| 7   | Staff        | Servizio delle Professioni Sanitarie | Obiettivi di miglioramento della qualità percepita e comunicazione                                                       | Attivazione delle azioni di competenza del Piano Hospitality                                                                                                                            | Esecuzione delle azioni di competenza                                                          | Assenza di rilievi maggiori                                                | UOSE e Qualità                     | 10       | Si/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del Verificatore | 10        |
| 8   | Staff        | Servizio delle Professioni Sanitarie | Obiettivi di miglioramento della qualità percepita e comunicazione                                                       | Miglioramento del sistema di valutazione individuale                                                                                                                                    | Distribuzione della valutazione individuale intorno al valore medio                            | Non inferiore al 10%                                                       | AGRU                               | 5        | Si/No                                                        | 5         |
| 9   | Staff        | Servizio delle Professioni Sanitarie | Transizione digitale in sanità                                                                                           | Supporto infermieristico nell'attivazione della Cartella Clinica Elettronica                                                                                                            | Esecuzione delle azioni di competenza                                                          | Assenza di rilievi maggiori                                                | Transizione Digitale               | 10       | Si/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del Verificatore | 10        |
| 10  | Staff        | Servizio delle Professioni Sanitarie | Flussi informativi: qualità e tempestività                                                                               | Attivazione sistema unico contabile                                                                                                                                                     | Avvio del parallelo con l'attuale sistema di contabilità e rispetto della tempistica regionale | Rispetto del cronoprogramma                                                | AGRF                               | 5        | Si/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore | 5         |
| 11  | Staff        | Servizio delle Professioni Sanitarie | Trasparenza e anticorruzione: controllo/azioni correttive                                                                | Creazione della procedura di rotazione del personale di comparto                                                                                                                        | Redazione della procedura                                                                      | Assenza di rilievi maggiori                                                | Direzione Sanitaria                | 5        | Si/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del Verificatore | 5         |
| 12  | Staff        | Servizio delle Professioni Sanitarie | Azioni di benessere organizzativo e pari opportunità (CUG)                                                               | Creazione della procedura di Accoglienza del personale di comparto dipendente dell'Istituto neassunto                                                                                   | Redazione della procedura                                                                      | Assenza di rilievi maggiori                                                | CUG                                | 5        | Si/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del Verificatore | 5         |

20.7.2022

*[Signature]*

*[Signature]*

*[Signature]*

IRCCS ISTITUTO TUMORI BARI  
IL DIRETTORE DEL  
DIPARTIMENTO DI STAFF  
dr.ssa Patrizia Nardulli

| N. | Dipartimento | Struttura | Tipologia obiettivi                                                                                                      | Dettaglio                                                                                                                                                 | Indicatore                                                                                                                                                                                                                      | Target                                                                                                                           | Verificatore             | Peso max. | Modalità di verifica                                         | Peso GBSC |
|----|--------------|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-----------|--------------------------------------------------------------|-----------|
| 1  | Gestione     | AGRF      | Obiettivi relativi alla conservazione dell'equilibrio economico: «incremento dei ricavi».and/or.«contenimento dei costi» | Implementazione del nuovo sistema contabile regionale MOSS                                                                                                | Coordinamento delle attività di avvio del nuovo sistema regionale MOSS per garantire il rispetto delle tempistiche di affiancamento dei sistemi ed avvio per la fine dell'anno del nuovo sistema secondo scadenziario regionale | Rispetto delle scadenze                                                                                                          | Direzione Amministrativa | 15        | Si/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore | 40        |
| 2  | Gestione     | AGRF      | Obiettivi relativi alla conservazione dell'equilibrio economico: «incremento dei ricavi».and/or.«contenimento dei costi» | Implementazione del nuovo sistema contabile regionale MOSS                                                                                                | Implementazione, di concerto con il Controllo di Gestione/ Transizione Digitale degli interfacciamenti necessari agli altri sistemi informativi                                                                                 | Integrazione dei sistemi                                                                                                         | Direzione Strategica     | 10        | Si/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore |           |
| 3  | Gestione     | AGRF      | Obiettivi relativi alla conservazione dell'equilibrio economico: «incremento dei ricavi».and/or.«contenimento dei costi» | Tempestività dei pagamenti per limitare eventuali oneri finanziari                                                                                        | Monitoraggio dei tempi di pagamento delle UU.OO.                                                                                                                                                                                | Redazione dei report mensili a favore della Direzione Amministrativa e del Controllo di Gestione                                 | Direzione Amministrativa | 5         | Fin se report mensili presenti, altrimenti 0                 |           |
| 4  | Gestione     | AGRF      | Obiettivi relativi alla conservazione dell'equilibrio economico: «incremento dei ricavi».and/or.«contenimento dei costi» | Implementazione delle procedure di budget per beni e servizi                                                                                              | Approntamento del budget degli approvvigionamenti di concerto con Controllo di Gestione                                                                                                                                         | Redazione entro 15 ottobre, inserimento delle previsioni di approvvigionamento di beni e servizi                                 | Direzione Strategica     | 10        | Si/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore |           |
| 5  | Gestione     | AGRF      | Obiettivi connessi al potenziamento della ricerca traslazionale e dell'attività di ricerca in generale                   | Monitoraggio della corretta emissione degli ordini della ricerca con l'indicazione per ciascuno di essi della fonte di finanziamento                      | Monitoraggio della corretta emissione degli ordini con reportistica bimestrale                                                                                                                                                  | Redazione dei report bimestrali a favore della Direzione Amministrativa, della Direzione Scientifica e del Controllo di Gestione | Direzione Amministrativa | 15        | Si/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore | 15        |
| 6  | Gestione     | AGRF      | Obiettivi di miglioramento organizzativo                                                                                 | Monitoraggio, congiuntamente al Controllo di Gestione, della corretta imputazione degli ordini e dei ricevimenti alle voci di conto ed ai centri di costo | Monitoraggio della corretta emissione degli ordini con reportistica bimestrale                                                                                                                                                  | Redazione dei report bimestrali a favore della Direzione Strategica                                                              | Direzione Strategica     | 10        | Si/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore | 15        |
| 7  | Gestione     | AGRF      | Obiettivi di miglioramento organizzativo                                                                                 | Miglioramento del sistema di valutazione individuale                                                                                                      | Distribuzione delle valutazioni del personale dipendente                                                                                                                                                                        | Distribuzione delle valutazioni individuali in un intervallo non inferiore al 10% intorno al valore medio                        | AGRU                     | 5         | Si/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore |           |
| 8  | Gestione     | AGRF      | Obiettivi di miglioramento organizzativo                                                                                 | Miglioramento qualitativo della gestione contabile                                                                                                        | Implementazione della corretta alimentazione dei Registri IVA in relazione alla determinazione dell'IVA Split                                                                                                                   | Audit sulla corretta alimentazione                                                                                               | Controllo di Gestione    | 10        | Si/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore | 10        |
| 9  | Gestione     | AGRF      | Transizione digitale in sanità                                                                                           | Implementazione delle attività a carico della U.O.                                                                                                        | Relazione a carico del Resp. Transizione Digitale                                                                                                                                                                               | Assenza contestazioni                                                                                                            | Resp. TD                 | 5         | Si/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore | 5         |
| 10 | Gestione     | AGRF      | Attivazione sistema Regionale della contabilità: MOSS                                                                    | Implementazione delle attività a carico della U.O.                                                                                                        | Relazione a carico dell'AGRF                                                                                                                                                                                                    | Assenza contestazioni                                                                                                            | AGRF                     | 5         | Si/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore | 5         |
| 11 | Gestione     | AGRF      | Trasparenza ed anticorruzione: controllo/azioni correttive                                                               | Implementazione delle attività a carico della U.O.                                                                                                        | Relazione a carico del RPACT                                                                                                                                                                                                    | Assenza contestazioni                                                                                                            | RPACT                    | 5         | Si/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore | 5         |
| 12 | Gestione     | AGRF      | Benessere organizzativo e pari opportunità                                                                               | Implementazione delle attività a carico della U.O.                                                                                                        | Relazione del Referente CUG                                                                                                                                                                                                     | Assenza contestazioni                                                                                                            | Referente CUG            | 5         | Si/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore | 5         |

ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II"

I.R.C.C.S. BARI

Direttore Generale

Avv. Alessandro DELLE DONNE

26.7.2022

*[Handwritten signature]*

| N. | Dipartimento | Struttura | Tipologia obiettivi                                                                                                      | Dettaglio                                                                                                                                       | Indicatore                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Target                                                                                                                | Verificatore             | Peso max | Modalità di verifica                                                                                        | Peso GBSC |
|----|--------------|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 1  | Gestione     | AGP       | Obiettivi relativi alla conservazione dell'equilibrio economico: «incremento del ricavo» and/or «contenimento dei costi» | Avvio gare per service di generatori chirurgia, erogatori analizzatori, iniettori MDC di concerto con il Controllo di Gestione                  | Predisposizione della deliberazione di indizione entro 10 gg. dalla data di ricezione della documentazione tecnica dal Responsabile clinico delle apparecchiature indicate. Pubblicazione della gara entro 10 gg. dalla data di approvazione della Deliberazione. Valutazione amministrativa di ammissione entro 7 gg. dalla ricezione delle offerte. Azione di stimolo alla conclusione della valutazione tecnica entro 30 gg. dalla nomina della Commissione di Valutazione. Valutazione delle offerte economiche entro 10 gg. dalla conclusione della valutazione tecnica.                                                      | Rispetto delle scadenze                                                                                               | Direzione Amministrativa | 10       | Si/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore                                                | 30        |
| 2  | Gestione     | AGP       | Obiettivi relativi alla conservazione dell'equilibrio economico: «incremento del ricavo» and/or «contenimento dei costi» | Rinegoziazione dei contratti di fornitura dei dispositivi medici indicati dalle UU.OO. di concerto con il Controllo di Gestione.                | Conclusione dei processi di rinegoziazione entro la fine del mese di ottobre                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Rispetto delle scadenze                                                                                               | Direzione Amministrativa | 10       | Si/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore                                                |           |
| 3  | Gestione     | AGP       | Obiettivi relativi alla conservazione dell'equilibrio economico: «incremento del ricavo» and/or «contenimento dei costi» | Tempestività dei pagamenti per limitare eventuali oneri finanziari                                                                              | ITP                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | ITP <= 0                                                                                                              | AGRF                     | 5        | Pmax se ITP <= 0 altrimenti P=0                                                                             |           |
| 4  | Gestione     | AGP       | Obiettivi relativi alla conservazione dell'equilibrio economico: «incremento del ricavo» and/or «contenimento dei costi» | Implementazione delle procedure di budget per beni e servizi                                                                                    | Approntamento del budget degli approvvigionamenti di concerto con Controllo di Gestione e AGRF                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Redazione entro 15 ottobre, inserimento delle previsioni nel piano biennale dell'approvvigionamento di beni e servizi | Direzione Strategica     | 5        | Si/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore                                                |           |
| 5  | Gestione     | AGP       | Obiettivi connessi al potenziamento della ricerca trasfazionale e dell'attività di ricerca in generale                   | Supporto alla Direzione Scientifica nell'approntamento di gare sopra soglia europea.                                                            | Affiancamento del personale amministrativo della Direzione Scientifica nell'esecuzione di procedure di approvvigionamento di beni e servizi sopra soglia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Rispetto delle scadenze                                                                                               | Direzione Scientifica    | 15       | Si/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore                                                | 15        |
| 6  | Gestione     | AGP       | Obiettivi di miglioramento organizzativo                                                                                 | Miglioramento in termini di efficacia ed efficienza delle procedure di somministrazione chemioterapie                                           | Esecuzione della gara in service per Dose Error Reduction System (deflussori) a seguito della trasmissione della documentazione tecnica da parte dell'AGTSI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Adozione della deliberazione di indizione                                                                             | Direzione Amministrativa | 15       | Si/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore                                                | 20        |
| 7  | Gestione     | AGP       | Obiettivi di miglioramento organizzativo                                                                                 | Miglioramento del sistema di valutazione individuale                                                                                            | Distribuzione delle valutazioni del personale dipendente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Distribuzione delle valutazioni individuali in un intervallo non inferiore al 10% intorno al valore medio             | AGRU                     | 5        | Si/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore                                                |           |
| 8  | Gestione     | AGP       | Obiettivi di miglioramento della qualità percepita                                                                       | Avvio gara per acquisizione di Strumentazione per toracosopia rigida di concerto con il Controllo di Gestione                                   | Predisposizione della deliberazione di indizione entro 10 gg. dalla data di ricezione della documentazione tecnica dalla data di ricezione della documentazione tecnica dal Responsabile clinico delle apparecchiature indicate. Pubblicazione della gara entro 10 gg. dalla data di approvazione della Deliberazione. Valutazione amministrativa di ammissione entro 7 gg. dalla ricezione delle offerte. Azione di stimolo alla conclusione della valutazione tecnica entro 30 gg. dalla nomina della Commissione di Valutazione. Valutazione delle offerte economiche entro 10 gg. dalla conclusione della valutazione tecnica. | Rispetto delle scadenze                                                                                               | Direzione Amministrativa | 7        | Si/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore                                                | 7         |
| 9  | Gestione     | AGP       | Obiettivi di miglioramento dell'appropriatezza                                                                           | Avvio gara per acquisizione di Intensificatore di Brillanza in sostituzione di altro IB ormai obsoleto di concerto con il Controllo di Gestione | Predisposizione della deliberazione di indizione entro 10 gg. dalla data di ricezione della documentazione tecnica. Pubblicazione della gara entro 10 gg. dalla data di approvazione della Deliberazione. Valutazione amministrativa di ammissione entro 7 gg. dalla ricezione delle offerte. Azione di stimolo alla conclusione della valutazione tecnica entro 30 gg. dalla nomina della Commissione di Valutazione. Valutazione delle offerte economiche entro 10 gg. dalla conclusione della valutazione tecnica.                                                                                                              | Rispetto delle scadenze                                                                                               | Direzione Amministrativa | 8        | Si/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore                                                | 8         |
| 10 | Gestione     | AGP       | Trasparenza ed anticorruzione: controllo/azioni correttive                                                               | Implementazione delle attività a carico della U.O.                                                                                              | Relazione a carico del RPACT                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Assenza contestazioni                                                                                                 | RPACT                    | 5        | Si/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore                                                | 5         |
| 11 | Gestione     | AGP       | Transizione digitale in sanità                                                                                           | Implementazione delle attività a carico della U.O.                                                                                              | Relazione a carico del Resp. Transizione Digitale                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Assenza contestazioni                                                                                                 | Resp. TD                 |          | ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II"<br>I.R.C.C.S. BARI<br>Direttore Generale<br>Avv. Alessandro DELLE DONNE | 5         |

|    |          |     |                                                       |                                                    |                              |                       |               |   |                                                              |   |
|----|----------|-----|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|------------------------------|-----------------------|---------------|---|--------------------------------------------------------------|---|
| 12 | Gestione | AGP | Attivazione sistema Regionale della contabilità: MOSS | Implementazione delle attività a carico della U.O. | Relazione a carico dell'AGRF | Assenza contestazioni | AGRF          | 5 | SI/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore | 5 |
| 13 | Gestione | AGP | Benessere organizzativo e pari opportunità            | Implementazione delle attività a carico della U.O. | Relazione del Referente CUG  | Assenza contestazioni | Referente CUG | 5 | SI/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore | 5 |

26.7.2022

*felice*

ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II"  
I.R.C.C.S. BARI  
Direttore Generale  
Avv. Alessandro DELLE DONNE

| N. | Dipartimento | Struttura | Tipologia obiettivi                                                                                                      | Dettaglio                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Indicatore                                                                                                                                                                                     | Target                                                                                                    | Verificatore             | Peso max | Modalità di verifica                                         | Peso GBSQ |
|----|--------------|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------|--------------------------------------------------------------|-----------|
| 1  | Gestione     | AGTSI     | Obiettivi relativi alla conservazione dell'equilibrio economico: «incremento del ricavo» and/or «contenimento dei costi» | Completamento delle opere edili relative a TIPO e Sub-intensiva entro la fine di Luglio 2022, «best-effort» per l'attivazione a seguito delle note difficoltà di approvvigionamento di apparecchiature ed arredi tecnici                                                                                   | Emissione del certificato di chiusura lavori                                                                                                                                                   | Rispetto della scadenza, evidenza dell'attività di stimolo per l'attivazione                              | Direzione Amministrativa | 10       | Si/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore | 30        |
| 2  | Gestione     | AGTSI     | Obiettivi relativi alla conservazione dell'equilibrio economico: «incremento del ricavo» and/or «contenimento dei costi» | Trasferimento e attivazione in sede nuova presso i locali della Scuola dei Fiori onde attivare i lavori POR per sale infusione ed ambulatori - Redazione entro il 30 luglio di un diagramma di «Project Management» che descriva le attività (anche alternative) per il trasferimento, i loro titolari, le | Redazione del piano di trasferimento                                                                                                                                                           | Rispetto delle scadenze                                                                                   | Direzione Amministrativa | 10       | Si/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore |           |
| 3  | Gestione     | AGTSI     | Obiettivi relativi alla conservazione dell'equilibrio economico: «incremento del ricavo» and/or «contenimento dei costi» | Tempestività dei pagamenti per limitare eventuali oneri finanziari                                                                                                                                                                                                                                         | ITP                                                                                                                                                                                            | ITP<0                                                                                                     | AGRF                     | 5        | Pmax se ITP <= 0 altrimenti P=0                              |           |
| 4  | Gestione     | AGTSI     | Obiettivi relativi alla conservazione dell'equilibrio economico: «incremento del ricavo» and/or «contenimento dei costi» | Controllo dei costi di assistenza tecnica                                                                                                                                                                                                                                                                  | Monitoraggio dei contratti di manutenzione ed assistenza tecnica delle attrezzature elettromedicali, con lo scopo di contrastare le tendenze verso l'aumento causate dalle contingenze attuali | Attuazione entro l'anno                                                                                   | Controllo di gestione    | 5        | Si/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore |           |
| 5  | Gestione     | AGTSI     | Obiettivi connessi al potenziamento della ricerca traslazionale e dell'attività di ricerca in generale                   | Implementazione progetto SALPI                                                                                                                                                                                                                                                                             | Definizione di un programma delle attività di competenza, finalizzate alla realizzazione del progetto                                                                                          | Rispetto delle scadenze                                                                                   | Direzione Strategica     | 5        | Si/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore | 15        |
| 6  | Gestione     | AGTSI     | Obiettivi connessi al potenziamento della ricerca traslazionale e dell'attività di ricerca in generale                   | Implementazione delle attività correlate all'impiego dei fondi POR 2014-2020 Asse IX - Azione 9.12 per il Tecnopolo                                                                                                                                                                                        | Implementazione delle attività necessarie alla realizzazione del progetto                                                                                                                      | Rispetto delle scadenze                                                                                   | Direzione Strategica     | 10       | Si/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore |           |
| 7  | Gestione     | AGTSI     | Obiettivi di miglioramento organizzativo                                                                                 | Trasferimento CUP ed attivazione nuova sede C.Or.D.                                                                                                                                                                                                                                                        | Trasferimento CUP entro settembre 2022 ed attivazione nuova sede C.Or.O. entro ottobre 2022                                                                                                    | Rispetto delle scadenze                                                                                   | Direzione Amministrativa | 10       | Si/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore | 30        |
| 8  | Gestione     | AGTSI     | Obiettivi di miglioramento organizzativo                                                                                 | Valutazione HTA ed introduzione nuove tecnologie di concerto con l'Ufficio Trasferimento Tecnologico: Chirurgia Robotica, PET/TC, HDR brachiterapia, MRI;                                                                                                                                                  | Presentazione delle valutazioni entro il 15 di ottobre                                                                                                                                         | Rispetto delle scadenze                                                                                   | Direzione Strategica     | 5        | Si/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore |           |
| 9  | Gestione     | AGTSI     | Obiettivi di miglioramento organizzativo                                                                                 | Attuazione del Piano Organizzativo del Lavoro Agile di concerto con Transizione Digitale                                                                                                                                                                                                                   | Rispetto di attività e scadenze                                                                                                                                                                | Assenza contestazioni                                                                                     | Direzione Strategica     | 5        | Si/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore |           |
| 10 | Gestione     | AGTSI     | Obiettivi di miglioramento organizzativo                                                                                 | Attivazione automazione di laboratorio e avvio integrazione LIS-CUP                                                                                                                                                                                                                                        | Integrazione LIS-CUP entro fine luglio, automazione attiva entro l'anno                                                                                                                        | Rispetto delle scadenze, collaudo integrazione e automazione                                              | Controllo di gestione    | 5        | Si/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore |           |
| 11 | Gestione     | AGTSI     | Obiettivi di miglioramento organizzativo                                                                                 | Miglioramento del sistema di valutazione individuale                                                                                                                                                                                                                                                       | Distribuzione delle valutazioni del personale dipendente                                                                                                                                       | Distribuzione delle valutazioni individuali in un intervallo non inferiore al 10% intorno al valore medio | AGRU                     | 5        | Si/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore | 5         |
| 12 | Gestione     | AGTSI     | Obiettivi di miglioramento dell'appropriatezza                                                                           | Avvio del Gruppo di Lavoro Q.U.O.T.A. e coordinamento delle attività una volta costituito dalla Direzione Strategica                                                                                                                                                                                       | Avvio delle attività entro 10 gg dalla Deliberazione                                                                                                                                           | Redazione del documento di autovalutazione                                                                | Direzione Strategica     | 5        | Si/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore |           |

|    |          |       |                                                            |                                                    |                                                   |                       |               |   |                                                              |   |
|----|----------|-------|------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-----------------------|---------------|---|--------------------------------------------------------------|---|
| 13 | Gestione | AGTSI | Trasparenza ed anticorruzione: controllo/azioni correttive | Implementazione delle attività a carico della U.O. | Relazione a carico del RPACT                      | Assenza contestazioni | RPACT         | 5 | SI/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore | 5 |
| 14 | Gestione | AGTSI | Transizione digitale in sanità                             | Implementazione delle attività a carico della U.O. | Relazione a carico del Resp. Transizione Digitale | Assenza contestazioni | Resp. TD      | 5 | SI/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore | 5 |
| 15 | Gestione | AGTSI | Attivazione sistema Regionale della contabilità: MOSS      | Implementazione delle attività a carico della U.O. | Relazione a carico dell'AGRF                      | Assenza contestazioni | AGRF          | 5 | SI/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore | 5 |
| 16 | Gestione | AGTSI | Benessere organizzativo e pari opportunità                 | Implementazione delle attività a carico della U.O. | Relazione del Referente CUG                       | Assenza contestazioni | Referente CUG | 5 | SI/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore | 5 |

27.7.2022

ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II"  
I.R.C.C.S. BARI  
Direttore Generale  
Avv. Alessandro DELLE DONNE

AREA TECNICA  
Health Technology Assessment  
Servizio di Prevenzione e Protezione  
Information and Communication Technology  
IL DIRETTORE  
Ing. Giancarlo Salomone

*Giancarlo Salomone*

| N.  | Dipartimento | Struttura | Tipologia obiettivi                                                                                                      | Dettaglio                                                                                                                                                              | Indicatore                                                                                                                                           | Target                                                                                                                                                                               | Verificatore             | Peso max | Modalità di verifica                                         | Peso GBSC |
|-----|--------------|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------|--------------------------------------------------------------|-----------|
| 1.  | Gestione     | AGRU      | Obiettivi relativi alla conservazione dell'equilibrio economico: «incremento del ricavo» and/or «contenimento dei costi» | Monitoraggio della spesa del personale entro i limiti dei fondi contrattuali della dirigenza e del comparto con particolare riferimento all'art. 80 del CCNL 2016-2018 | Presenza di reportistica di aggiornamento                                                                                                            | Report trimestrali                                                                                                                                                                   | Direzione Amministrativa | 12,5     | Si/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore | 35        |
| 2.  | Gestione     | AGRU      | Obiettivi relativi alla conservazione dell'equilibrio economico: «incremento del ricavo» and/or «contenimento dei costi» | Monitoraggio della spesa del personale a tempo determinato co. 28 Art. 9 del D.L. 78/2010                                                                              | Presenza di reportistica di aggiornamento                                                                                                            | Report trimestrali                                                                                                                                                                   | Direzione Amministrativa | 12,5     | Si/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore |           |
| 3.  | Gestione     | AGRU      | Obiettivi relativi alla conservazione dell'equilibrio economico: «incremento del ricavo» and/or «contenimento dei costi» | Attivazione del budget complessivo delle ore di lavoro straordinario per dirigenti sanitari e comparto                                                                 | Predisposizione del budget per l'approvazione da parte della Direzione Strategica e assegnazione alle strutture entro il 30 settembre                | Protocollo della proposta entro il termine indicato                                                                                                                                  | Direzione Amministrativa | 10       | Si/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore |           |
| 4.  | Gestione     | AGRU      | Obiettivi connessi al potenziamento della ricerca traslazionale e dell'attività di ricerca in generale                   | Regolamentazione della valutazione della performance del personale ricercatore                                                                                         | Predisposizione, di concerto con la Direzione Scientifica e l'Ufficio Trasferimento Tecnologico del regolamento per l'adozione con atto deliberativo | Consegna bozza nuovo regolamento entro il termine del mese di ottobre, redazione della versione definitiva post-revisione della direzione entro fine novembre, adozione entro l'anno | Direzione Amministrativa | 15       | Si/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore | 15        |
| 5.  | Gestione     | AGRU      | Obiettivi di miglioramento organizzativo                                                                                 | Miglioramento del sistema di conferimento e valutazione degli incarichi dirigenziali                                                                                   | Predisposizione del nuovo regolamento per l'adozione con atto deliberativo                                                                           | Consegna bozza nuovo regolamento entro il termine del mese di ottobre, redazione della versione definitiva post-revisione della direzione entro fine novembre, adozione entro l'anno | Direzione Amministrativa | 10       | Si/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore | 35        |
| 6.  | Gestione     | AGRU      | Obiettivi di miglioramento organizzativo                                                                                 | Miglioramento della qualità del dato relativo all'assegnazione del personale ai Centri di Costo: azioni di competenza                                                  | Aggiornamento mensile delle assegnazioni pervenute dai Direttori/Direnti Responsabili di struttura nel sistema HR                                    | Verifica qualitativa del dato, rispetto delle tempistiche                                                                                                                            | Controllo di gestione    | 10       | Si/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore |           |
| 7.  | Gestione     | AGRU      | Obiettivi di miglioramento organizzativo                                                                                 | Miglioramento del sistema di valorizzazione della performance e dell'assegnazione delle premialità al personale del comparto e della dirigenza                         | Predisposizione, di concerto con il Controllo di Gestione del nuovo regolamento per l'adozione con atto deliberativo                                 | Consegna bozza nuovo regolamento entro il termine del mese di ottobre, redazione della versione definitiva post-revisione della direzione entro fine novembre, adozione entro l'anno | Direzione Amministrativa | 10       | Si/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore |           |
| 8.  | Gestione     | AGRU      | Obiettivi di miglioramento organizzativo                                                                                 | Miglioramento del sistema di valutazione individuale                                                                                                                   | Distribuzione delle valutazioni del personale dipendente                                                                                             | Distribuzione delle valutazioni individuali in un intervallo non inferiore al 10% intorno al valore medio                                                                            | Direzione Amministrativa | 5        | Si/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore |           |
| 9.  | Gestione     | AGRU      | Obiettivi di miglioramento organizzativo e della qualità percepita                                                       | Attuazione del Piano Organizzativo del Lavoro Agile di concerto con AGTISI e Transizione Digitale                                                                      | Rispetto di attività e scadenze                                                                                                                      | Assenza contestazioni                                                                                                                                                                | Direzione Strategica     | 5        | Si/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore | 5         |
| 10. | Gestione     | AGRU      | Trasparenza ed anticorruzione: controllo/azioni correttive                                                               | Implementazione delle attività a carico della U.O.                                                                                                                     | Relazione a carico del RPACT                                                                                                                         | Assenza contestazioni                                                                                                                                                                | RPACT                    | 5        | Si/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore | 5         |
| 11. | Gestione     | AGRU      | Benessere organizzativo e pari opportunità                                                                               | Predisposizione, di concerto con Risk Management e Formazione e AGTISI della procedura di accoglienza nuovo personale                                                  | Relazione del Referente CUG                                                                                                                          | Assenza contestazioni                                                                                                                                                                | Referente CUG            | 5        | Si/no/Parz. A seguito di riscontro da parte del verificatore | 5         |

28.7.2022

*Dr. Donato Madaro*

**ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II**  
**I.R.C.C.S. BARI**  
**Area Gestione Risorse Umane**  
**IL DIRETTORE**  
**Dr. Donato Madaro**

**ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II"**  
**I.R.C.C.S. BARI**  
**Direttore Generale**  
**Avv. Alessandro DELLE DONNE**

| N.  | Dipartimento | Struttura          | Tipologia obiettivi                                                                                                      | Dettaglio                                                                                                                                                                           | Indicatore                                                                                                                                                                                    | Target                                                                                                    | Verificatore                             | Peso max | Modalità di verifica                                                                                                                                                | Peso IBSG |
|-----|--------------|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 1.  | Chirurgico   | Chirurgia Plastica | Obiettivi relativi alla conservazione dell'equilibrio economico: «incremento dei ricavi».and/or.«contenimento dei costi» | Attivazione di una semi-seduta settimanale di attività operatoria in più a seguito di riconsegna Sala Operatoria al termine dei lavori di ristrutturazione della TIPO               | Ricavi della produzione                                                                                                                                                                       | R2022 >= R2021                                                                                            | Controllo di Gestione                    | 10       | Punteggio 0 in caso di R2022<=R2021, Punteggio 5 in caso di R2021<=R2022<R2021+1%, Punteggio 10 in caso di R2021<=R2022<R2021+3%, Punteggio 12 se R2022 >= R2021+4% | 30        |
| 2.  | Chirurgico   | Chirurgia Plastica | Obiettivi relativi alla conservazione dell'equilibrio economico: «incremento dei ricavi».and/or.«contenimento dei costi» | Riduzione dei costi di degenza                                                                                                                                                      | Indice comparativo di performance (ICP), Degenza media standardizzata per case mix (DMSCM)                                                                                                    | ICP<=1; DMSCM<=DMSCMR                                                                                     | Responsabile Nucleo di Controllo Interno | 5        | Punteggio 0 se ICP>1.and.DMSCM>DMCMR, Punteggio 4 se ICP>=1.or.DMSCM<=DMCMR, Punteggio 8 se ICP>=1.and.DMSCM<=DMCMR                                                 |           |
| 3.  | Chirurgico   | Chirurgia Plastica | Obiettivi relativi alla conservazione dell'equilibrio economico: «incremento dei ricavi».and/or.«contenimento dei costi» | Contenimento dei costi di farmaci e dispositivi (escluso file F)                                                                                                                    | Rispetto del budget su prodotti mirati indicati dalla SC Farmacia, Indicazione dispositivi su cui procedere a rinegoziazione contrattuale                                                     | Spesa<= Budget, Trasmissione lista entro 1° settembre                                                     | Controllo di Gestione                    | 5        | P1+P2, P1=2 in caso di avvenuta trasmissione lista prodotti entro i tempi previsti, altrimenti P1=0, P2=3 in caso di rispetto budget assegnato, altrimenti P2=0     |           |
| 4.  | Chirurgico   | Chirurgia Plastica | Obiettivi relativi alla conservazione dell'equilibrio economico: «incremento dei ricavi».and/or.«contenimento dei costi» | Contenimento entro i termini di legge del ricorso al lavoro in regime di straordinario                                                                                              | Spesa per lavoro straordinario                                                                                                                                                                | Spesa straordinari <= budget straordinari                                                                 | AGRU                                     | 5        | P= 5 se Spesa<=Budget, P=0 se Spesa > Budget                                                                                                                        |           |
| 5.  | Chirurgico   | Chirurgia Plastica | Obiettivi relativi alla conservazione dell'equilibrio economico: «incremento dei ricavi».and/or.«contenimento dei costi» | Attivazione attività in ambulatorio chirurgico                                                                                                                                      | Presentazione di un piano per allocare attività in chirurgia ambulatoriale e relativa attuazione                                                                                              | Presentazione piano entro 1 settembre, Implementazione dal 15 settembre                                   | Controllo di Gestione                    | 5        | Verifica della coerenza del piano in apposito audit dipartimentale e verifica successiva della tipologia/quantità di prestazioni eseguite                           |           |
| 6.  | Chirurgico   | Chirurgia Plastica | Obiettivi connessi al potenziamento della ricerca traslazionale e dell'attività di ricerca in generale                   | Pubblicazioni                                                                                                                                                                       | Impact Factor normalizzato                                                                                                                                                                    | IF2022 >= IF2021 + 5%                                                                                     | Direzione Scientifica                    | 5        | Punteggio P=0 se IF2021 >= IF2022, P=(IF2022-IF2021)/IF2021/5%*Pmax se IF2021 < IF2022 <= IF2021*1.05, altrimenti Pmax                                              | 10        |
| 7.  | Chirurgico   | Chirurgia Plastica | Obiettivi connessi al potenziamento della ricerca traslazionale e dell'attività di ricerca in generale                   | Partecipazione ai workshop dell'innovazione ed audit di verifica Intellectual Property                                                                                              | Attestazioni presenza                                                                                                                                                                         | Partecipazione                                                                                            | Ufficio Trasferimento Tecnologico        | 2,5      | SI/No attestazioni presenza                                                                                                                                         |           |
| 8.  | Chirurgico   | Chirurgia Plastica | Obiettivi connessi al potenziamento della ricerca traslazionale e dell'attività di ricerca in generale                   | Presentazione di almeno 1 lavoro a meeting nazionale ed in caso di avvenuta approvazione di un programma di RC predisposizione di un cronoprogramma di Impiego fondi e suo rispetto | Presentazione cronoprogramma del Progetto di RC entro 15 gg dall'avvenuta approvazione, Audit di verifica della sua implementazione, Evidenza di un lavoro presentato ad un meeting nazionale | Esito positivo audit di verifica                                                                          | Direzione Scientifica                    | 2,5      | SI/No verbalizzazione audit                                                                                                                                         |           |
| 9.  | Chirurgico   | Chirurgia Plastica | Obiettivi di miglioramento organizzativo                                                                                 | Miglioramento del sistema di valutazione individuale                                                                                                                                | Distribuzione delle valutazioni del personale dipendente                                                                                                                                      | Distribuzione delle valutazioni individuali in un intervallo non inferiore al 10% intorno al valore medio | AGRU                                     | 5        | SI/No verbalizzazione audit                                                                                                                                         | 25        |
| 10. | Chirurgico   | Chirurgia Plastica | Obiettivi di miglioramento organizzativo                                                                                 | Riduzione Liste d'attesa - Esecuzione attività di competenza per attivazione procedure C.Or.O.                                                                                      | Relazioni periodiche da parte del Responsabile del Gruppo di Lavoro ad hoc sull'avvenuto adempimento di tutte le azioni a carico della U.O.                                                   | Rilevazione sistematica attraverso verbalizzazioni di riunioni                                            | Responsabile C.Or.O.                     | 10       | Esito positivo verifiche con attribuzione percentuale dell'entità delle attività implementate                                                                       |           |
| 11. | Chirurgico   | Chirurgia Plastica | Obiettivi di miglioramento organizzativo                                                                                 | Partecipazione al Team Multidisciplinari costante                                                                                                                                   | Attestazione di avvenuta partecipazione da parte Responsabile del Gruppo di Lavoro ad hoc sull'avvenuto adempimento a tutte le azioni a carico della U.O.                                     | Presenze superiori al 95% al netto di eventuali esenzioni da parte del Team Leader                        | Leader Team Multidisciplinare            | 5        | P= Pmax * (E assenze sui Teams / 2 incontri dei Teams)/5%                                                                                                           |           |
| 12. | Chirurgico   | Chirurgia Plastica | Obiettivi di miglioramento organizzativo                                                                                 | Implementazione del progetto "light-lean" presentato nel corso del 2021                                                                                                             | Rispetto del cronoprogramma concordato con i vari attori del processo                                                                                                                         | Rilevazione sistematica attraverso verbalizzazioni di riunioni                                            | Controllo di Gestione                    | 5        | Esito positivo verifiche con attribuzione percentuale dell'entità delle attività implementate                                                                       |           |

25.7.2022

|    |            |                    |                                                            |                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                             |                                                                                                    |                                                             |     |                                                                                                                                                                                                                                                                       |    |
|----|------------|--------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 13 | Chirurgico | Chirurgia Plastica | Obiettivi concernenti il miglioramento dell'appropriatezza | Partecipazione del personale medico ai Laboratori operativi sull'appropriatezza delle metodologie di codifica e verifiche di appropriatezza                                                                         | Rilevazione presenza del personale nei Laboratori                                                                                           | 100% presenze                                                                                      | Dirigente Responsabile Formazione                           | 5   | Riscontro positivo da parte del Responsabile Formazione in cui le eventuali assenze siano tutte GIUSTIFICATE                                                                                                                                                          |    |
| 14 | Chirurgico | Chirurgia Plastica | Obiettivi concernenti il miglioramento dell'appropriatezza | Diminuzione dei ricoveri outliers                                                                                                                                                                                   | Numero dei ricoveri outliers                                                                                                                | $R.out2022 \leq 0,9 * R.out2021$                                                                   | Controllo di gestione                                       | 4   | Punteggio $P=0$ se $R.out2022 \geq R.out2021$ , $P=\frac{R.out2021 - R.out2022}{R.out2021} * 100\%$ se $R.out2021 > R.out2022$ , altrimenti $P_{max}$                                                                                                                 | 15 |
| 15 | Chirurgico | Chirurgia Plastica | Obiettivi concernenti il miglioramento dell'appropriatezza | Assenza di rilievi su inappropriate procedure/codifiche da parte del Nucleo di Controllo Interno ex DGR n. 90/2019 e monitoraggio R.app = DRG non LEA / DRG LEA                                                     | Esecuzione di audit bimestrali post-formazione, valore del rapporto $R.app = (DRG \text{ non LEA}) / (DRG \text{ LEA})$                     | Assenza di medesimi rilievi, diminuzione dei rilievi complessivi. $R.app2022 \leq 0,8 * R.app2021$ | Responsabile NCI                                            | 6   | $P = P1 + P2 + P3$ , $P1 = 4$ in assenza medesimi rilievi, $P1 = 0$ in presenza di medesimi rilievi, $P2 = 3 * n$ rilievi iniziali/n. rilievi a dicembre 2022, $P2 = 0$ in caso di rilievi $\geq$ dell'inizio, $P3 = 3 * ((R.app2022 - R.app2021) / R.app2021) / 0,2$ |    |
| 16 | Chirurgico | Chirurgia Plastica | Obiettivi di miglioramento della qualità percepita         | Implementazione delle attività correttive individuate a seguito di analisi dei questionari 353W del 2021, incluse azioni del Piano Hospitality                                                                      | Relazioni periodiche da parte del Responsabile del Gruppo di Lavoro ad hoc sull'avvenuto adempimento di tutte le azioni a carico della U.O. | Rilevazione sistematica attraverso verbalizzazioni di riunioni                                     | Responsabile GdL                                            | 5   | Esito positivo verifiche con attribuzione percentuale dell'entità delle attività implementate                                                                                                                                                                         | 5  |
| 17 | Chirurgico | Chirurgia Plastica | Flussi informativi                                         | Aggiornamento tempestivo delle giacenze di reparto, del personale assegnato al Centro di Costo, della chiusura SDO, SDA ed ambulatoriali, del fabbisogno di beni e servizi                                          | Assenza di contestazioni per mancato adempimento                                                                                            | Assenza contestazioni                                                                              | Controllo di Gestione con contributo Farmacia, AGRU e NCI   | 2,5 | SI/No da riscontri dei verificatori                                                                                                                                                                                                                                   | 5  |
| 18 | Chirurgico | Chirurgia Plastica | Transizione digitale                                       | Implementazione di tutte le azioni a carico della U.O. per l'avvio della Cartella Elettronica e della formazione di base all'uso delle PDL (sistema operativo, impostazioni, mail, text editor, foglio elettronico) | Esiti attività a carico della U.O. e superamento corsi                                                                                      | Assenza contestazioni e superamento corsi                                                          | Responsabile Transizione Digitale e Responsabile Formazione | 2,5 | SI/No da riscontri dei verificatori                                                                                                                                                                                                                                   |    |
| 19 | Chirurgico | Chirurgia Plastica | Trasparenza ed anticorruzione: controllo/azioni correttive | Implementazione delle attività a carico della U.O.                                                                                                                                                                  | Relazione a carico del RPACT                                                                                                                | Relazione                                                                                          | RPACT                                                       | 5   | SI/No da riscontri dei verificatori                                                                                                                                                                                                                                   | 5  |
| 20 | Chirurgico | Chirurgia Plastica | Benessere organizzativo e pari opportunità                 | Implementazione delle attività a carico della U.O.                                                                                                                                                                  | Relazione del Referente CUG                                                                                                                 | Assenza contestazioni                                                                              | Referente CUG                                               | 5   | SI/No da riscontri dei verificatori                                                                                                                                                                                                                                   | 5  |

25.7.2022

*[Handwritten signature]*

ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II"  
I.R.C.C.S. BARI  
Direttore Generale  
Avv. Alessandro DELLE DONNE

*[Handwritten signature]*

| N.  | Dipartimento | Struttura          | Tipologia obiettivi                                                                                                      | Dettaglio                                                                                                                                                                           | Indicatore                                                                                                                                                                                                                             | Target                                                                                                    | Verificatore                             | Peso max | Modalità di verifica                                                                                                                                             | Peso max |
|-----|--------------|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 1.  | Chirurgico   | Chirurgia Toracica | Obiettivi relativi alla conservazione dell'equilibrio economico: «incremento dei ricavi».and/or.«contenimento dei costi» | Attivazione di una seduta settimanale di attività operatoria in più a seguito di riconsegna Sala Operatoria al termine dei lavori di ristrutturazione della TIPO                    | Ricavi della produzione                                                                                                                                                                                                                | R2022 >= R2021                                                                                            | Controllo di Gestione                    | 15       | Punteggio 0 in caso di R2022<R2021, Punteggio 5 in caso di R2021<R2022<R2021+1%, Punteggio 10 in caso di R2021<R2022<R2021+3%, Punteggio 12 se R2022 >= R2021+5% | 35       |
| 2.  | Chirurgico   | Chirurgia Toracica | Obiettivi relativi alla conservazione dell'equilibrio economico: «incremento dei ricavi».and/or.«contenimento dei costi» | Riduzione dei costi di degenza                                                                                                                                                      | Indice comparativo di performance (ICP), Degenza media standardizzata per case mix (DMSCM)                                                                                                                                             | ICP<=1; DMSCM<=DMSCMR                                                                                     | Responsabile Nucleo di Controllo interno | 5        | Punteggio 0 se ICP>1.and.DMSCM>DMCMR, Punteggio 4 se ICP>=1.or.DMSCM<=DMCMR, Punteggio 8 se ICP>=1.and.DMSCM<=DMCMR                                              |          |
| 3.  | Chirurgico   | Chirurgia Toracica | Obiettivi relativi alla conservazione dell'equilibrio economico: «incremento dei ricavi».and/or.«contenimento dei costi» | Contenimento dei costi di farmaci e dispositivi (escluso file F)                                                                                                                    | Rispetto del budget su prodotti mirati indicati dalla SC Farmacia, indicazione dispositivi su cui procedere a rinegoziazione contrattuale                                                                                              | Spesa<= Budget, Trasmissione lista entro 1° settembre                                                     | Farmacia                                 | 5        | P1+P2, P1+2 In caso di avvenuta trasmissione lista prodotti entro i tempi previsti, altrimenti P1=0, P2=3 in caso di rispetto budget assegnato, altrimenti P2=0  |          |
| 4.  | Chirurgico   | Chirurgia Toracica | Obiettivi relativi alla conservazione dell'equilibrio economico: «incremento dei ricavi».and/or.«contenimento dei costi» | Contenimento entro i termini di legge del ricorso al lavoro in regime di straordinario                                                                                              | Spesa per lavoro straordinario                                                                                                                                                                                                         | Spesa straordinari <= budget straordinari                                                                 | AGRU                                     | 5        | P= 5 se Spesa<=Budget, P=0 se Spesa > Budget                                                                                                                     |          |
| 5.  | Chirurgico   | Chirurgia Toracica | Obiettivi relativi alla conservazione dell'equilibrio economico: «incremento dei ricavi».and/or.«contenimento dei costi» | Attivazione attività in ambulatorio chirurgico                                                                                                                                      | Presentazione di un piano per allocare attività in chirurgia ambulatoriale e relativa attuazione                                                                                                                                       | Presentazione piano entro 1° settembre, Implementazione dal 15 settembre                                  | Controllo di Gestione                    | 5        | Verifica della coerenza del piano in apposito audit dipartimentale e verifica successiva della tipologia/quantità di prestazioni eseguite                        |          |
| 6.  | Chirurgico   | Chirurgia Toracica | Obiettivi connessi al potenziamento della ricerca traslazionale e dell'attività di ricerca in generale                   | Pubblicazioni                                                                                                                                                                       | Impact Factor normalizzato                                                                                                                                                                                                             | IF2022 >= IF2021* + 5%                                                                                    | Direzione Scientifica                    | 4        | Punteggio P=0 se IF2021 >= IF2022, P=[(IF2022-IF2021)/IF2021]*5%*Pmax se IF2021 < IF2022 <= IF2021*1,05, altrimenti Pmax                                         |          |
| 7.  | Chirurgico   | Chirurgia Toracica | Obiettivi connessi al potenziamento della ricerca traslazionale e dell'attività di ricerca in generale                   | Partecipazione al workshop dell'innovazione ed audit di verifica Intellectual Property                                                                                              | Attestazioni presenza                                                                                                                                                                                                                  | Partecipazione                                                                                            | Ufficio Trasferimento Tecnologico        | 3        | SI/No attestazioni presenza                                                                                                                                      | 10       |
| 8.  | Chirurgico   | Chirurgia Toracica | Obiettivi connessi al potenziamento della ricerca traslazionale e dell'attività di ricerca in generale                   | Presentazione di almeno 1 lavoro a meeting nazionale ed in caso di avvenuta approvazione di un programma di RC predisposizione di un cronoprogramma di impiego fondi e suo rispetto | Presentazione cronoprogramma del Progetto di RC entro i tempi stabiliti dalla Direzione Scientifica, dall'avvenuta approvazione, Audit di verifica della sua implementazione, Evidenza di un favore presentato ad un meeting nazionale | Esito positivo audit di verifica                                                                          | Direzione Scientifica                    | 3        | SI/No verbalizzazione audit                                                                                                                                      |          |
| 9.  | Chirurgico   | Chirurgia Toracica | Obiettivi di miglioramento organizzativo                                                                                 | Riduzione Liste d'attesa - Esecuzione attività di competenza per attivazione procedure C.Or.O.                                                                                      | Relazioni periodiche da parte del Responsabile del Gruppo di Lavoro ad hoc sull'avvenuto adempimento di tutte le azioni a carico della U.O.                                                                                            | Rilevazione sistematica attraverso verbalizzazioni di riunioni                                            | Responsabile C.Or.O.                     | 5        | Esito positivo verifiche con attribuzione percentuale dell'entità delle attività implementate                                                                    |          |
| 10. | Chirurgico   | Chirurgia Toracica | Obiettivi di miglioramento organizzativo                                                                                 | Partecipazione al Team Multidisciplinari costante                                                                                                                                   | Attestazione di avvenuta partecipazione da parte Responsabile del Gruppo di Lavoro ad hoc sull'avvenuto adempimento a tutte le azioni a carico della U.O.                                                                              | Presenze superiori al 95% al netto di eventuali esenzioni da parte del Team Leader                        | Leader Team Multidisciplinare            | 5        | P = Pmax * (Z assenze sui Teams / I incontri dei Teams)/5%                                                                                                       | 20       |
| 11. | Chirurgico   | Chirurgia Toracica | Obiettivi di miglioramento organizzativo                                                                                 | Implementazione del progetto "light-lean" presentato nel corso del 2021                                                                                                             | Rispetto del cronoprogramma concordato con i vari attori del processo                                                                                                                                                                  | Rilevazione sistematica attraverso verbalizzazioni di riunioni                                            | Controllo di Gestione                    | 5        | Esito positivo verifiche con attribuzione percentuale dell'entità delle attività implementate                                                                    |          |
| 12. | Chirurgico   | Chirurgia Toracica | Obiettivi di miglioramento organizzativo                                                                                 | Miglioramento del sistema di valutazione individuale                                                                                                                                | Distribuzione delle valutazioni del personale dipendente                                                                                                                                                                               | Distribuzione delle valutazioni individuali in un intervallo non inferiore al 10% intorno al valore medio | AGRU                                     | 5        | SI/No                                                                                                                                                            |          |

ISTITUTO DEI TUMORI DI BARI  
Dipartimento di Chirurgia  
SS di Chirurgia Toracica Mini Invasiva  
Direttore: Dr. Gaetano NAPOLI  
Cod. Reg.: 639750

24.7.2022

|    |            |                    |                                                            |                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                             |                                                                                                    |                                                             |     |                                                                                                                                                                                                                                                                     |    |
|----|------------|--------------------|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 13 | Chirurgico | Chirurgia Toracica | Obiettivi concernenti il miglioramento dell'appropriatezza | Partecipazione del personale medico ai Laboratori operativi sull'appropriatezza delle metodologie di codifica e verifiche di appropriatezza                                                                       | Rilevazione presenze del personale nei Laboratori                                                                                           | 100% presenze                                                                                      | Dirigente Responsabile Formazione                           | 5   | Riscontro positivo da parte del Responsabile Formazione in cui le eventuali assenze siano tutte GIUSTIFICATE                                                                                                                                                        |    |
| 14 | Chirurgico | Chirurgia Toracica | Obiettivi concernenti il miglioramento dell'appropriatezza | Diminuzione dei ricoveri outliers                                                                                                                                                                                 | Numero dei ricoveri outliers                                                                                                                | $R.out2022 \leq 0,9 * R.out2021$                                                                   | Controllo di gestione                                       | 4   | Punteggio $P=0$ se $R.out2022 \geq R.out2021$ , $P=1$ se $(R.out2021 - R.out2022)/R.out2021 \leq 10\%$ , $P=2$ se $R.out2021 * 0,9 < R.out2022 \leq R.out2021$ , altrimenti $P=3$                                                                                   | 15 |
| 15 | Chirurgico | Chirurgia Toracica | Obiettivi concernenti il miglioramento dell'appropriatezza | Assenza di rilievi su inappropriate procedure/codifiche da parte del Nucleo di Controllo Interno ex DGR n. 90/2019 e monitoraggio R.app = DRG non LEA / DRG LEA                                                   | Esecuzione di audit bimestrali post-formazione, valore del rapporto $R.app = (DRG \text{ non LEA}) / (DRG \text{ LEA})$                     | Assenza di medesimi rilievi, diminuzione dei rilievi complessivi, $R.app2022 \leq 0,8 * R.app2021$ | Responsabile NCI                                            | 6   | $P = P1 + P2 + P3$ , $P1 = 4$ in assenza medesimi rilievi, $P1 = 0$ in presenza di medesimi rilievi, $P2 = 3 * n$ rilievi iniziali/n. rilievi a dicembre 2022, $P2 = 0$ in caso di rilievi $\geq$ dell'inizio, $P3 = 3 * ((R.app2022 - R.app2021)/R.app2021) / 0,2$ |    |
| 16 | Chirurgico | Chirurgia Toracica | Obiettivi di miglioramento della qualità percepita         | Implementazione delle attività correttive individuate a seguito di analisi dei questionari 353W del 2021, incluse azioni del Piano Hospitality                                                                    | Relazioni periodiche da parte del Responsabile del Gruppo di Lavoro ad hoc sull'avvenuto adempimento di tutte le azioni a carico della U.O. | Rilevazione sistematica attraverso verbalizzazioni di riunioni                                     | Responsabile GdL                                            | 5   | Esito positivo verifiche con attribuzione percentuale dell'entità delle attività implementate                                                                                                                                                                       | 5  |
| 17 | Chirurgico | Chirurgia Toracica | Flussi informativi                                         | Aggiornamento tempestivo delle giacenze di reparto, del personale assegnato al Centro di Costo, della chiusura SDO, SDA ed ambulatoriali, del fabbisogno di beni e servizi                                        | Assenza di contestazioni per mancato adempimento                                                                                            | Assenza contestazioni                                                                              | Controllo di Gestione con contributo Farmacia, AGRU e NCI   | 2,5 | Si/No da riscontri dei verificatori                                                                                                                                                                                                                                 | 5  |
| 18 | Chirurgico | Chirurgia Toracica | Transizione digitale                                       | Implementazione di tutte le azioni a carico della U.O. per l'uso della Cartella Elettronica e della formazione di base all'uso delle Pdi (sistema operativo, impostazioni, mail, text editor, foglio elettronico) | Esiti attività a carico della U.O. e superamento corsi                                                                                      | Assenza contestazioni e superamento corsi                                                          | Responsabile Transizione Digitale e Responsabile Formazione | 2,5 | Si/No da riscontri dei verificatori                                                                                                                                                                                                                                 |    |
| 19 | Chirurgico | Chirurgia Toracica | Trasparenza ed anticorruzione: controllo/azioni correttive | Implementazione delle attività a carico della U.O.                                                                                                                                                                | Relazione a carico del RPACT                                                                                                                | Relazione                                                                                          | RPACT                                                       | 5   | Si/No da riscontri dei verificatori                                                                                                                                                                                                                                 | 5  |
| 20 | Chirurgico | Chirurgia Toracica | Benessere organizzativo e pari opportunità                 | Implementazione delle attività a carico della U.O.                                                                                                                                                                | Relazione del Referente CUG                                                                                                                 | Assenza contestazioni                                                                              | Referente CUG                                               | 5   | Si/No da riscontri dei verificatori                                                                                                                                                                                                                                 | 5  |

24.7.2022

*Gaetano Napoli*  
ISTITUTO DEI TUMORI DI BARI  
Dipartimento di Chirurgia  
SS di Chirurgia Toracica Mini Invasiva  
Direttore: Dr. Gaetano NAPOLI  
Cod. Reg.: 639750

ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II"  
I.R.C.C.S. BARI  
Direttore Generale  
Avv. Alessandra DELLE DONNE

| N.  | Dipartimento | Struttura             | Tipologia obiettivi                                                                                                      | Dettaglio                                                                                                                                                                           | Indicatore                                                                                                                                                                                    | Target                                                                                        | Verificatore                      | Peso max | Modalità di verifica                                                                                                                                                                                                                   | Peso max BSC |
|-----|--------------|-----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| 1.  | Chirurgico   | Endoscopia bronchiale | Obiettivi relativi alla conservazione dell'equilibrio economico: «incremento del ricavo» and/or «contenimento dei costi» | Esecuzione delle procedure diagnostiche di supporto all'attività del C.Or.O. entro i Service Level Agreements previsti dal GdL C.Or.O.                                              | Rispetto delle tempistiche concordate                                                                                                                                                         | Tempi entro i termini concordati nel 90% dei casi                                             | Controllo di Gestione             | 10       | Punteggio 0 in caso di % T>=T.conc superiore al 15%, Punteggio 5 in caso di % T>=T.conc superiore al 13%, Punteggio 10 se T>=T.conc superiore al 11%, Punteggio 15 se T>=T.conc inferiore o uguale al 10%                              | 35           |
| 2.  | Chirurgico   | Endoscopia bronchiale | Obiettivi relativi alla conservazione dell'equilibrio economico: «incremento del ricavo» and/or «contenimento dei costi» | Incremento della produzione                                                                                                                                                         | Aumento del 5% dei ricavi                                                                                                                                                                     | R2022 >= 1,05*R2021                                                                           | Controllo di Gestione             | 10       | Punteggio P=0 se R2022 <= R2021, P=[(R2021 - R2022)/R2021]*5%*Pmax se R2022 <= R2021*1,05, altrimenti Pmax                                                                                                                             |              |
| 3.  | Chirurgico   | Endoscopia bronchiale | Obiettivi relativi alla conservazione dell'equilibrio economico: «incremento del ricavo» and/or «contenimento dei costi» | Contenimento dei costi di farmaci e dispositivi (escluso file F)                                                                                                                    | Rispetto del budget su prodotti mirati indicati dalla SC farmacia, indicazione dispositivi su cui procedere a rinegoziazione contrattuale                                                     | Spesa<= Budget, Trasmissione lista entro 1° settembre                                         | Controllo di Gestione             | 10       | P1+P2, P1=2 in caso di avvenuta trasmissione lista prodotti entro i tempi previsti, altrimenti P1=0, P2=3 in caso di rispetto budget assegnato, altrimenti P2=0                                                                        |              |
| 4.  | Chirurgico   | Endoscopia bronchiale | Obiettivi relativi alla conservazione dell'equilibrio economico: «incremento del ricavo» and/or «contenimento dei costi» | Contenimento entro i termini di legge del ricorso al lavoro in regime di straordinario                                                                                              | Spesa per lavoro straordinario                                                                                                                                                                | Spesa straordinaria <= budget straordinari                                                    | AGRU                              | 5        | P= 5 se Spesa<=Budget, P=0 se Spesa > Budget                                                                                                                                                                                           |              |
| 5.  | Chirurgico   | Endoscopia bronchiale | Obiettivi connessi al potenziamento della ricerca traslazionale e dell'attività di ricerca in generale                   | Pubblicazioni                                                                                                                                                                       | Impact Factor normalizzato                                                                                                                                                                    | IF2022 = IF2021                                                                               | Direzione Scientifica             | 5        | Punteggio P=0 se IF2022 < IF2021-5%, P=-(IF2022-IF2021-5%)/IF2021/5%*Pmax se IF2022-5% <= IF2022 <= IF2021, altrimenti Pmax                                                                                                            | 15           |
| 6.  | Chirurgico   | Endoscopia bronchiale | Obiettivi connessi al potenziamento della ricerca traslazionale e dell'attività di ricerca in generale                   | Partecipazione al workshop dell'innovazione ed audit di verifica Intellectual Property                                                                                              | Attestazioni presenza                                                                                                                                                                         | Partecipazione                                                                                | Ufficio Trasferimento Tecnologico | 3        | SI/No attestazioni presenza                                                                                                                                                                                                            |              |
| 7.  | Chirurgico   | Endoscopia bronchiale | Obiettivi connessi al potenziamento della ricerca traslazionale e dell'attività di ricerca in generale                   | Presentazione di almeno 1 lavoro a meeting nazionale ed in caso di avvenuta approvazione di un programma di RC predisposizione di un cronoprogramma di Impiego fondi e suo rispetto | Presentazione cronoprogramma del Progetto di RC entro 15 gg dall'avvenuta approvazione, Audit di verifica della sua implementazione, Evidenza di un lavoro presentato ad un meeting nazionale | Esito positivo audit di verifica                                                              | Direzione Scientifica             | 3        | SI/No verbalizzazione audit                                                                                                                                                                                                            |              |
| 8.  | Chirurgico   | Endoscopia bronchiale | Obiettivi connessi al potenziamento della ricerca traslazionale e dell'attività di ricerca in generale                   | Presentazione di almeno 1 progetto su base competitiva da sottoporre a finanziatori esterni da parte del Dipartimento                                                               | Trasmissione del progetto alla Direzione Scientifica secondo il format definito da quest'ultima                                                                                               | Esito positivo audit di verifica                                                              | Direzione Scientifica             | 4        | SI/No verbalizzazione audit                                                                                                                                                                                                            |              |
| 9.  | Chirurgico   | Endoscopia bronchiale | Obiettivi di miglioramento organizzativo                                                                                 | Partecipazione al Team Multidisciplinari costante                                                                                                                                   | Attestazione di avvenuta partecipazione da parte Responsabile del Gruppo di Lavoro ad hoc sull'avvenuto adempimento a tutte le azioni a carico della U.O.                                     | Presenze superiori al 95% al netto di eventuali esenzioni da parte del Team Leader            | Leader Team Multidisciplinare     | 5        | P = Pmax * (X assenze sui Teams / X incontri dei Teams)/5%                                                                                                                                                                             | 10           |
| 10. | Chirurgico   | Endoscopia bronchiale | Obiettivi di miglioramento organizzativo                                                                                 | Implementazione del progetto "light-lean" presentato nel corso del 2021                                                                                                             | Rispetto del cronoprogramma concordato con i vari attori del processo                                                                                                                         | Rilevazione sistematica attraverso verbalizzazioni di riunioni                                | Controllo di Gestione             | 5        | Esito positivo verifiche con attribuzione percentuale dell'entità delle attività implementate                                                                                                                                          |              |
| 11. | Chirurgico   | Endoscopia bronchiale | Obiettivi concernenti il miglioramento dell'appropriatezza                                                               | Diminuzione dei Tempi di attesa                                                                                                                                                     | Riduzione del 10% del valore dei tempi di attesa                                                                                                                                              | T.att2022<=0,9*T.att2021                                                                      | Controllo di gestione             | 15       | Punteggio P=0 se T.att2022>= T.att2021, P=[(T.att2021-T.att2022)/T.att2021]*10%*Pmax se T.att2021*0,9 < T.att2022 <= T.att2021, altrimenti Pmax                                                                                        | 20           |
| 12. | Chirurgico   | Endoscopia bronchiale | Obiettivi concernenti il miglioramento dell'appropriatezza                                                               | Assenza di rilievi su inappropriate procedure/codifiche da parte del nucleo di Controllo Interno ex DGR n. 1090/2017<br>Esecuzione di audit bimestrali post-formazione              | Assenza di medesimi rilievi, diminuzione dei rilievi complessivi, R.app2022 <= 0,8* R.app2021                                                                                                 | Assenza di medesimi rilievi, diminuzione dei rilievi complessivi, R.app2022 <= 0,8* R.app2021 | Responsabile NCI                  | 5        | P = P1+P2+P3, P1 = 4 in assenza medesimi rilievi, P1=0 in presenza di medesimi rilievi, P2 = 3* n. rilievi iniziali/n. rilievi a dicembre 2022, P2 = 0 in caso di rilievi >= dell'inizio, P3=3*[(R.app2022 - R.app2021)/R.app2021/0,2] |              |

ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II - BAR:  
Responsabile SSD Endoscopia Bronchiale  
Dr. Marco Luigi Cisternino  
Codice identificativo n. 639761

28.7.2022

|    |            |                       |                                                            |                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                             |                                                                |                                                             |     |                                                                                               |   |
|----|------------|-----------------------|------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| 13 | Chirurgico | Endoscopia bronchiale | Obiettivi di miglioramento della qualità percepita         | Implementazione delle attività correttive individuate a seguito di analisi del questionari 353W del 2021, incluse azioni del Piano Hospitality                                                                       | Relazioni periodiche da parte del Responsabile del Gruppo di Lavoro ad hoc sull'avvenuto adempimento di tutte le azioni a carico della U.O. | Rilevazione sistematica attraverso verbalizzazioni di riunioni | Responsabile GdL                                            | 5   | Esito positivo verifiche con attribuzione percentuale dell'entità delle attività implementate | 5 |
| 14 | Chirurgico | Endoscopia bronchiale | Flussi informativi                                         | Aggiornamento tempestivo delle giacenze di reparto, del personale assegnato al Centro di Costo, della chiusura SDO, SDA ed ambulatoriali, del fabbisogno di beni e servizi                                           | Assenza di contestazioni per mancato adempimento                                                                                            | Assenza contestazioni                                          | Controllo di Gestione con contributo Farmacia, AGRU e NCI   | 2,5 | SI/No da riscontri dei verificatori                                                           | 5 |
| 15 | Chirurgico | Endoscopia bronchiale | Transizione digitale                                       | Implementazione di tutte le azioni a carico della U.O. per l'avvio della Cartella Elettronica e della formazione di base all'uso delle Pdt. (sistema operativo, impostazioni, mail, text editor, foglio elettronico) | Esiti attività a carico della U.O. e superamento corsi                                                                                      | Assenza contestazioni e superamento corsi                      | Responsabile Transizione Digitale e Responsabile Formazione | 2,5 | SI/No da riscontri dei verificatori                                                           |   |
| 16 | Chirurgico | Endoscopia bronchiale | Trasparenza ed anticorruzione: controllo/azioni correttive | Implementazione delle attività a carico della U.O.                                                                                                                                                                   | Relazione a carico del RPACT                                                                                                                | Relazione                                                      | RPACT                                                       | 5   | SI/No da riscontri dei verificatori                                                           | 5 |
| 17 | Chirurgico | Endoscopia bronchiale | Benessere organizzativo e pari opportunità                 | Implementazione delle attività a carico della U.O.                                                                                                                                                                   | Relazione del Referente CUG                                                                                                                 | Assenza contestazioni                                          | Referente CUG                                               | 5   | SI/No da riscontri dei verificatori                                                           | 5 |

28.7.2022

ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II - BARI  
Responsabile SSD Endoscopia Bronchiale  
**Dr. Marco Luigi Cisternino**  
Codice Identificativo n. 639761

ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II  
I.R.C.C.S. BARI  
Direttore Generale  
Avv. Alessandro DELLE DONNE

| N. | Dipartimento | Struttura   | Tipologia obiettivi                                                                                                      | Dettaglio                                                                                                                                                                           | Indicatore                                                                                                                                                                                                | Target                                                                             | Verificatore                             | Peso | Modalità di verifica                                                                                                                                            | Peso |
|----|--------------|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| 1  | Chirurgico   | Ginecologia | Obiettivi relativi alla conservazione dell'equilibrio economico: «incremento del ricavi».and/or.«contenimento dei costi» | Attivazione di una seduta settimanale di attività operatoria in più a seguito di riconsegna Sala Operatoria al termine dei lavori di ristrutturazione della TIPO                    | Ricavi della produzione                                                                                                                                                                                   | R2022 >= R2021                                                                     | Controllo di Gestione                    | 15   | Punteggio 5 in caso di R2022>=R2021+ 450k€, Punteggio 10 in caso di R2022>=R2021+ 500k€, Punteggio 15 in caso di R2022>=R2021+ 660k€ (uso 2a sala)              | 35   |
| 2  | Chirurgico   | Ginecologia | Obiettivi relativi alla conservazione dell'equilibrio economico: «incremento del ricavi».and/or.«contenimento dei costi» | Riduzione dei costi di degenza                                                                                                                                                      | Indice comparativo di performance (ICP), Degenza media standardizzata per case mix (DMSCM)                                                                                                                | ICP<=1; DMSCM<=DMSCMR                                                              | Responsabile Nucleo di Controllo Interno | 5    | Punteggio 0 se ICP>1.and.DMSCM>DMCMR, Punteggio 4 se ICP>=1.or.DMSCM<=DMCMR, Punteggio 8 se ICP>=1.and.DMSCM<=DMCMR                                             | 35   |
| 3  | Chirurgico   | Ginecologia | Obiettivi relativi alla conservazione dell'equilibrio economico: «incremento del ricavi».and/or.«contenimento dei costi» | Contenimento dei costi di farmaci e dispositivi (escluso file F)                                                                                                                    | Rispetto del budget su prodotti mirati indicati dalla SC Farmacia, Indicazione dispositivi su cui procedere a rinegoziazione contrattuale                                                                 | Spesa<= Budget, Trasmissione lista entro 1° settembre                              | Farmacia                                 | 5    | P1+P2, P1<2 in caso di avvenuta trasmissione lista prodotti entro i tempi previsti, altrimenti P1=0, P2=3 in caso di rispetto budget assegnato, altrimenti P2=0 |      |
| 4  | Chirurgico   | Ginecologia | Obiettivi relativi alla conservazione dell'equilibrio economico: «incremento del ricavi».and/or.«contenimento dei costi» | Contenimento entro i termini di legge del ricorso al lavoro in regime di straordinario                                                                                              | Spesa per lavoro straordinario                                                                                                                                                                            | Spesa straordinari <= budget straordinari                                          | AGRU                                     | 5    | P= 5 se Spesa<=Budget, P=0 se Spesa > Budget                                                                                                                    |      |
| 5  | Chirurgico   | Ginecologia | Obiettivi relativi alla conservazione dell'equilibrio economico: «incremento del ricavi».and/or.«contenimento dei costi» | Attivazione attività in ambulatorio chirurgico                                                                                                                                      | Presentazione di un piano per allocare attività in chirurgia ambulatoriale e relativa attuazione                                                                                                          | Presentazione piano entro 1 settembre. Implementazione dal 15 settembre            | Controllo di Gestione                    | 5    | Verifica della coerenza del piano in apposito audit dipartimentale e verifica successiva della tipologia/quantità di prestazioni eseguite                       |      |
| 6  | Chirurgico   | Ginecologia | Obiettivi connessi al potenziamento della ricerca traslazionale e dell'attività di ricerca in generale                   | Pubblicazioni                                                                                                                                                                       | Impact Factor normalizzato                                                                                                                                                                                | IF2022 >= IF2021 + 5%                                                              | Direzione Scientifica                    | 5    | Punteggio P=0 se IF2021 >= IF2022, P=(IF2022-IF2021)/IF2021/5%*Pmax se IF2021 < IF2022 <= IF2021*1,05, altrimenti Pmax                                          |      |
| 7  | Chirurgico   | Ginecologia | Obiettivi connessi al potenziamento della ricerca traslazionale e dell'attività di ricerca in generale                   | Partecipazione al workshop dell'innovazione ed audit di verifica Intellectual Property                                                                                              | Attestazioni presenza                                                                                                                                                                                     | Partecipazione                                                                     | Ufficio Trasferimento Tecnologico        | 3    | Sì/No attestazioni presenza                                                                                                                                     | 15   |
| 8  | Chirurgico   | Ginecologia | Obiettivi connessi al potenziamento della ricerca traslazionale e dell'attività di ricerca in generale                   | Presentazione di almeno 1 lavoro a meeting nazionale ed in caso di avvenuta approvazione di un programma di RC predisposizione di un cronoprogramma di impiego fondi e suo rispetto | Presentazione cronoprogramma del Progetto di RC entro i termini fissati dalla Direzione Scientifica, Audit di verifica della sua implementazione, videnza di un lavoro presentato ad un meeting nazionale | Esito positivo audit di verifica                                                   | Direzione Scientifica                    | 3    | Sì/No verbalizzazione audit                                                                                                                                     |      |
| 9  | Chirurgico   | Ginecologia | Obiettivi connessi al potenziamento della ricerca traslazionale e dell'attività di ricerca in generale                   | Presentazione di almeno 1 progetto su base competitiva da sottoporre a finanziatori esterni da parte del Dipartimento                                                               | Trasmissione del progetto alla Direzione Scientifica secondo il format definito da quest'ultima                                                                                                           | Esito positivo audit di verifica                                                   | Direzione Scientifica                    | 4    | Sì/No verbalizzazione audit                                                                                                                                     |      |
| 10 | Chirurgico   | Ginecologia | Obiettivi di miglioramento organizzativo                                                                                 | Riduzione Liste d'attesa - Esecuzione attività di competenza per attivazione procedure C.Or.D.                                                                                      | Relazioni periodiche da parte del Responsabile del Gruppo di Lavoro ad hoc sull'avvenuto adempimento di tutte le azioni a carico della U.O.                                                               | Rilevazione sistematica attraverso verbalizzazioni di riunioni                     | Responsabile C.Or.D.                     | 10   | Esito positivo verifiche con attribuzione percentuale dell'entità delle attività implementate                                                                   | 25   |
| 11 | Chirurgico   | Ginecologia | Obiettivi di miglioramento organizzativo                                                                                 | Esecuzione degli adempimenti previsti nell'ambito della ROP per le attività di screening del Tumore della Cervice Uterina                                                           | Presentazione di un piano per allocare attività in chirurgia ambulatoriale e relativa attuazione                                                                                                          | Presentazione piano entro 1 settembre. Implementazione dal 15 settembre            | Controllo di Gestione                    | 5    | Verifica della coerenza del piano in apposito audit dipartimentale e verifica successiva della tipologia/quantità di prestazioni eseguite                       |      |
| 12 | Chirurgico   | Ginecologia | Obiettivi di miglioramento organizzativo                                                                                 | Partecipazione al Team Multidisciplinari costante                                                                                                                                   | Attestazione di avvenuta partecipazione da parte Responsabile del Team Multidisciplinare                                                                                                                  | Presenze superiori al 95% al netto di eventuali esenzioni da parte del Team Leader | Leader Team Multidisciplinare            | 2,5  | P = Pmax * (X assenze sul Teams / X Incontri del Teams)/5%                                                                                                      |      |

28.7.2022

*G. Gubina*

|    |            |             |                                                            |                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                             |                                                                                                           |                                                             |     |                                                                                                                                                                                                                                                          |    |
|----|------------|-------------|------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 13 | Chirurgico | Ginecologia | Obiettivi di miglioramento organizzativo                   | Implementazione del progetto "light-lean" presentato nel corso del 2021                                                                                                                                             | Rispetto del cronoprogramma concordato con i vari attori del processo                                                                       | Rilevazione sistematica attraverso verbalizzazioni di riunioni                                            | Controllo di Gestione                                       | 2,5 | Esito positivo verifiche con attribuzione percentuale dell'entità delle attività implementate                                                                                                                                                            | 10 |
| 14 | Chirurgico | Ginecologia | Obiettivi di miglioramento organizzativo                   | Miglioramento del sistema di valutazione individuale                                                                                                                                                                | Distribuzione delle valutazioni del personale dipendente                                                                                    | Distribuzione delle valutazioni individuali in un intervallo non inferiore al 10% intorno al valore medio | AGRU                                                        | 5   | Si/No da riscontri dei verificatori                                                                                                                                                                                                                      |    |
| 15 | Chirurgico | Ginecologia | Obiettivi concernenti il miglioramento dell'appropriatezza | Partecipazione del personale medico ai Laboratori operativi sull'appropriatezza delle metodologie di codifica e verifiche di appropriatezza                                                                         | Rilevazione presenze del personale nei Laboratori                                                                                           | 100% presenze                                                                                             | Dirigente Responsabile Formazione                           | 5   | Riscontro positivo da parte del Responsabile Formazione in cui le eventuali assenze siano tutte GIUSTIFICATE                                                                                                                                             | 10 |
| 16 | Chirurgico | Ginecologia | Obiettivi concernenti il miglioramento dell'appropriatezza | Assenza di rilievi su inappropriate procedure/codifiche da parte del Nucleo di Controllo Interno ex DGR n. 90/2019 e monitoraggio R.app = DRG non LEA / DRG LEA                                                     | Esecuzione di audit bimestrali post-formazione, valore del rapporto R.app = (DRG non LEA)/(DRG LEA)                                         | Assenza di medesimi rilievi, diminuzione dei rilievi complessivi, R.app2022 <= 0,8* R.app2021             | Responsabile NCI                                            | 5   | $P = P1 + P2 + P3$ , $P1 = 4$ in assenza medesimi rilievi, $P1 = 0$ in presenza di medesimi rilievi, $P2 = 3$ n. rilievi iniziali/n. rilievi a dicembre 2022, $P2 = 0$ in caso di rilievi >= dell'inizio, $P3 = 3$ (R.app2022 - R.app2021)/R.app2021/0,2 |    |
| 17 | Chirurgico | Ginecologia | Obiettivi di miglioramento della qualità percepita         | Implementazione delle attività correttive individuate a seguito di analisi dei questionari 3S3W del 2021, Include azioni del Piano Hospitality                                                                      | Relazioni periodiche da parte del Responsabile del Gruppo di Lavoro ad hoc sull'avvenuto adempimento di tutte le azioni a carico della U.O. | Rilevazione sistematica attraverso verbalizzazioni di riunioni                                            | Responsabile GdL                                            | 3   | Esito positivo verifiche con attribuzione percentuale dell'entità delle attività implementate                                                                                                                                                            | 3  |
| 18 | Chirurgico | Ginecologia | Flussi informativi                                         | Aggiornamento tempestivo delle scadenze di reparto, del personale assegnato al Centro di Costo, della chiusura SDO, SDA ed ambulatoriali, del fabbisogno di beni e servizi                                          | Assenza di contestazioni per mancato adempimento                                                                                            | Assenza contestazioni                                                                                     | Controllo di Gestione con contributo Farmacia, AGRU e NCI   | 2,5 | Si/No da riscontri dei verificatori                                                                                                                                                                                                                      | 5  |
| 19 | Chirurgico | Ginecologia | Transizione digitale                                       | Implementazione di tutte le azioni a carico della U.O. per l'avvio della Cartella Elettronica e della formazione di base all'uso delle Pdl (sistema operativo, impostazioni, mail, text editor, foglio elettronico) | Esiti attività a carico della U.O. e superamento corsi                                                                                      | Assenza contestazioni e superamento corsi                                                                 | Responsabile Transizione Digitale e Responsabile Formazione | 2,5 | Si/No da riscontri dei verificatori                                                                                                                                                                                                                      |    |
| 20 | Chirurgico | Ginecologia | Trasparenza ed anticorruzione: controllo/azioni correttive | Implementazione delle attività a carico della U.O.                                                                                                                                                                  | Relazione a carico del RPACT                                                                                                                | Relazione                                                                                                 | RPACT                                                       | 2   | Si/No da riscontri dei verificatori                                                                                                                                                                                                                      | 2  |
| 21 | Chirurgico | Ginecologia | Benessere organizzativo e pari opportunità                 | Implementazione delle attività a carico della U.O.                                                                                                                                                                  | Relazione del Referente CUG                                                                                                                 | Assenza contestazioni                                                                                     | Referente CUG                                               | 5   | Si/No da riscontri dei verificatori                                                                                                                                                                                                                      | 5  |

28.7.2022

*Giuseppe Lomonte*

ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II"  
I.R.C.C.S. BARI  
Direttore Generale  
Avv. Alessandro DELLE DONNE

| N. | Dipartimento | Struttura        | Tipologia obiettivi                                                                                                        | Dettaglio                                                                                                                                                                           | Indicatore                                                                                                                                                                                                                     | Target                                                                                                    | Verificatore                             | Peso max | Modalità di verifica                                                                                                                                                                    | Peso GBSC |
|----|--------------|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 1  | Chirurgico   | Anestesia e TIPO | Obiettivi relativi alla conservazione dell'equilibrio economico: «incremento del ricavo», and/or, «contenimento dei costi» | Organizzazione dei turni aggiuntivi di sala operatoria a seguito di riconsegna Sala Operatoria al termine dei lavori di ristrutturazione della TIPO                                 | Verifica dei registri                                                                                                                                                                                                          | Non meno di 2 turni ante-meridiani $T_{agg+avg} \geq 95\% T_{agg+avg}$                                    | Controllo di Gestione                    | 10       | Punteggio $P=0$ se $T_{agg+avg} < 90\% * T_{agg+avg}$ $P = (T_{agg+avg} - T_{agg+avg}/5\% * P_{max})$ se $90\% * T_{agg+avg} < T_{agg+avg} < 95\% * T_{agg+avg}$ , altrimenti $P_{max}$ | 30        |
| 2  | Chirurgico   | Anestesia e TIPO | Obiettivi relativi alla conservazione dell'equilibrio economico: «incremento del ricavo», and/or, «contenimento dei costi» | Riduzione dei costi di degenza                                                                                                                                                      | Indice comparativo di performance (ICP), Degenza media standardizzata per case mix (DMSCM)                                                                                                                                     | $ICP \leq 1$ ; $DMSCM \leq DMSCMR$                                                                        | Responsabile Nucleo di Controllo Interro | 5        | Punteggio 0 se $ICP > 1$ and $DMSCM > DMSCMR$ , Punteggio 4 se $ICP \leq 1$ or $DMSCM \leq DMSCMR$ , Punteggio 8 se $ICP \leq 1$ and $DMSCM \leq DMSCMR$                                |           |
| 3  | Chirurgico   | Anestesia e TIPO | Obiettivi relativi alla conservazione dell'equilibrio economico: «incremento del ricavo», and/or, «contenimento dei costi» | Contenimento dei costi di emogas                                                                                                                                                    | Predisposizione specifiche tecniche di gara per service emogas                                                                                                                                                                 | Trasmissione specifiche per gara entro 1 settembre                                                        | Direttore Area Gestione Patrimonio       | 5        | Sì/No da riscontri dei verificatori                                                                                                                                                     |           |
| 4  | Chirurgico   | Anestesia e TIPO | Obiettivi relativi alla conservazione dell'equilibrio economico: «incremento del ricavo», and/or, «contenimento dei costi» | Contenimento entro i termini di legge del ricorso al lavoro in regime di straordinario                                                                                              | Spesa per lavoro straordinario                                                                                                                                                                                                 | Spesa straordinari $\leq$ budget straordinari                                                             | AGRU                                     | 5        | $P = 5$ se $Spesa \leq Budget$ , $P = 0$ se $Spesa > Budget$                                                                                                                            |           |
| 5  | Chirurgico   | Anestesia e TIPO | Obiettivi relativi alla conservazione dell'equilibrio economico: «incremento del ricavo», and/or, «contenimento dei costi» | Attivazione ambulatorio Impianto PICC-PORT fuori S.O.                                                                                                                               | Presentazione di un piano per allocare l'attività in ambulatorio dedicato                                                                                                                                                      | Presentazione piano entro 1 settembre e coordinamento successiva implementazione                          | Controllo di Gestione                    | 5        | Verifica della coerenza del piano in apposito audit dipartimentale e verifica successiva della tipologia/quantità di prestazioni eseguite                                               | 10        |
| 6  | Chirurgico   | Anestesia e TIPO | Obiettivi connessi al potenziamento della ricerca traslazionale e dell'attività di ricerca in generale                     | Pubblicazioni                                                                                                                                                                       | Impact Factor normalizzato                                                                                                                                                                                                     | $IF2022 \geq IF2021 + 5\%$                                                                                | Direzione Scientifica                    | 5        | Punteggio $P=0$ se $IF2021 > IF2022$ , $P = (IF2022 - IF2021) / IF2021 * 5\% * P_{max}$ se $IF2021 < IF2022 < IF2021 * 1,05$ , altrimenti $P_{max}$                                     |           |
| 7  | Chirurgico   | Anestesia e TIPO | Obiettivi connessi al potenziamento della ricerca traslazionale e dell'attività di ricerca in generale                     | Partecipazione ai workshop dell'innovazione ed audit di verifica Intellectual Property                                                                                              | Attestazioni presenza                                                                                                                                                                                                          | Partecipazione                                                                                            | Ufficio Trasferimento Tecnologico        | 2,5      | Sì/No attestazioni presenza                                                                                                                                                             |           |
| 8  | Chirurgico   | Anestesia e TIPO | Obiettivi connessi al potenziamento della ricerca traslazionale e dell'attività di ricerca in generale                     | Presentazione di almeno 1 lavoro a meeting nazionale ed in caso di avvenuta approvazione di un programma di RC predisposizione di un cronoprogramma di impiego fondi e suo rispetto | Presentazione cronoprogramma del Progetto di RC entro data stabilita dalla Direzione Scientifica in caso di progetto RC, Audit di verifica della sua implementazione, Evidenza di un lavoro presentato ad un meeting nazionale | Esito positivo audit di verifica                                                                          | Direzione Scientifica                    | 2,5      | Sì/No verbalizzazione audit                                                                                                                                                             |           |
| 9  | Chirurgico   | Anestesia e TIPO | Obiettivi di miglioramento organizzativo                                                                                   | Miglioramento del sistema di valutazione individuale                                                                                                                                | Distribuzione delle valutazioni del personale dipendente                                                                                                                                                                       | Distribuzione delle valutazioni individuali in un intervallo non inferiore al 10% intorno al valore medio | AGRU                                     | 5        | Sì/No verbalizzazione audit                                                                                                                                                             | 25        |
| 10 | Chirurgico   | Anestesia e TIPO | Obiettivi di miglioramento organizzativo                                                                                   | Riduzione Liste d'attesa - Esecuzione attività di competenza per attivazione procedure C.Or.O.                                                                                      | Relazioni periodiche da parte del Responsabile del Gruppo di Lavoro ad hoc sull'avvenuto adempimento di tutte le azioni a carico della U.O.                                                                                    | Rilevazione sistematica attraverso verbalizzazioni di riunioni                                            | Responsabile C.Or.O.                     | 10       | Esito positivo verifiche con attribuzione percentuale dell'entità delle attività implementate                                                                                           |           |
| 11 | Chirurgico   | Anestesia e TIPO | Obiettivi di miglioramento organizzativo                                                                                   | Partecipazione al Team Multidisciplinari costante                                                                                                                                   | Attestazione di avvenuta partecipazione da parte Responsabile del Gruppo di Lavoro ad hoc sull'avvenuto adempimento a tutte le azioni a carico della U.O.                                                                      | Presenze superiori al 95% al netto di eventuali esenzioni da parte del Team Leader                        | Leader Team Multidisciplinare            | 5        | $P = P_{max} * (\Sigma \text{assenze sul Teams} / \Sigma \text{incontri dei Teams}) / 5\%$                                                                                              |           |
| 12 | Chirurgico   | Anestesia e TIPO | Obiettivi di miglioramento organizzativo                                                                                   | Implementazione del progetto "light-lean" presentato nel corso del 2021                                                                                                             | Rispetto del cronoprogramma concordato con i vari attori del processo                                                                                                                                                          | Rilevazione sistematica attraverso verbalizzazioni di riunioni                                            | Controllo di Gestione                    | 5        | Esito positivo verifiche con attribuzione percentuale dell'entità delle attività implementate                                                                                           |           |

|    |            |                  |                                                            |                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                             |                                                                                               |                                                             |     |                                                                                                                                                                                                                                           |    |
|----|------------|------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 13 | Chirurgico | Anestesia e TIPO | Obiettivi concernenti il miglioramento dell'appropriatezza | Partecipazione del personale medico ai Laboratori operativi sull'appropriatezza delle metodologie di codifica e verifiche di appropriatezza                                                                         | Rilevazione presenze del personale nei Laboratori                                                                                           | 100% presenze                                                                                 | Dirigente Responsabile Formazione                           | 8   | Riscontro positivo da parte del Responsabile Formazione in cui le eventuali assenze siano tutte GIUSTIFICATE                                                                                                                              | 15 |
| 14 | Chirurgico | Anestesia e TIPO | Obiettivi concernenti il miglioramento dell'appropriatezza | Assenza di rilievi su inappropriate procedure/codifiche da parte del Nucleo di Controllo Interno ex DGR n. 90/2019 e monitoraggio R.app = DRG non LEA / DRG LEA                                                     | Esecuzione di audit bimestrali post-formazione, valore del rapporto R.app= (DRG non LEA)/(DRG LEA)                                          | Assenza di medesimi rilievi, diminuzione dei rilievi complessivi, R.app2022 <= 0,8* R.app2021 | Responsabile NCI                                            | 7   | P = P1+P2+P3, P1 = 4 in assenza medesimi rilievi, P1 = 0 in presenza di medesimi rilievi, P2 = 3* n, rilievi iniziali/n, rilievi a dicembre 2022, P2 = 0 in caso di rilievi >= dell'inizio, P3=3*[[[R.app2022 - R.app2021]/R.app2021/0,2] |    |
| 15 | Chirurgico | Anestesia e TIPO | Obiettivi di miglioramento della qualità percepita         | Implementazione delle attività correttive individuate a seguito di analisi dei questionari 353W del 2021, incluse azioni del Piano Hospitality                                                                      | Relazioni periodiche da parte del Responsabile del Gruppo di Lavoro ad hoc sull'avvenuto adempimento di tutte le azioni a carico della U.O. | Rilevazione sistematica attraverso verbalizzazioni di riunioni                                | Responsabile Gdt.                                           | 5   | Esito positivo verifiche con attribuzione percentuale dell'entità delle attività implementate                                                                                                                                             | 5  |
| 16 | Chirurgico | Anestesia e TIPO | Flussi informativi                                         | Aggiornamento tempestivo delle giacenze di reparto, del personale assegnato al Centro di Costo, della chiusura SDO, SDA ed ambulatoriali, del fabbisogno di beni e servizi                                          | Assenza di contestazioni per mancato adempimento                                                                                            | Assenza contestazioni                                                                         | Controllo di Gestione con contributo Farmacia, AGRU e NCI   | 2,5 | SI/No da riscontri dei verificatori                                                                                                                                                                                                       | 5  |
| 17 | Chirurgico | Anestesia e TIPO | Transizione digitale                                       | Implementazione di tutte le azioni a carico della U.O. per l'avvio della Cartella Elettronica e della formazione di base all'uso delle Pdl (sistema operativo, impostazioni, mail, text editor, foglio elettronico) | Esiti attività a carico della U.O. e superamento corsi                                                                                      | Assenza contestazioni e superamento corsi                                                     | Responsabile Transizione Digitale e Responsabile Formazione | 2,5 | SI/No da riscontri dei verificatori                                                                                                                                                                                                       |    |
| 18 | Chirurgico | Anestesia e TIPO | Trasparenza ed anticorruzione: controllo/azioni correttive | Implementazione delle attività a carico della U.O.                                                                                                                                                                  | Relazione a carico del RPACT                                                                                                                | Relazione                                                                                     | RPACT                                                       | 5   | SI/No da riscontri dei verificatori                                                                                                                                                                                                       | 5  |
| 19 | Chirurgico | Anestesia e TIPO | Benessere organizzativo e pari opportunità                 | Implementazione delle attività a carico della U.O.                                                                                                                                                                  | Relazione del Referente CUG                                                                                                                 | Assenza contestazioni                                                                         | Referente CUG                                               | 5   | SI/No da riscontri dei verificatori                                                                                                                                                                                                       | 5  |

25.7.2022

ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II"  
I.R.C.C.S. BARI  
Direttore Generale  
Avv. Alessandro DELLE DONNE

*[Firma]*

| N. | Dipartimento | Struttura            | Tipologia obiettivi                                                                                                      | Dettaglio                                                                                                                                                                           | Indicatore                                                                                                                                                                                    | Target                                                                                        | Verificatore                          | Peso max | Modalità di verifica                                                                                                                                                                                                                      | Peso GBSC |
|----|--------------|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 1  | Chirurgico   | Endoscopia digestiva | Obiettivi relativi alla conservazione dell'equilibrio economico: «incremento del ricavo» and/or «contenimento dei costi» | Procedure diagnostiche di supporto all'attività del C.Or.O. entro i Service Level Agreements previsti dal GdL C.Or.O.                                                               | Rispetto delle tempistiche concordate                                                                                                                                                         | Tempi entro i termini concordati nel 90% dei casi                                             | Controllo di Gestione                 | 15       | Punteggio 0 in caso di % T=>T.conc superiore al 15%, Punteggio 5 in caso di % T=>T.conc superiore al 13%, Punteggio 10 se T=>T.conc superiore al 11%, Punteggio 15 se T=>T.conc inferiore o uguale al 10%                                 | 30        |
| 2  | Chirurgico   | Endoscopia digestiva | Obiettivi relativi alla conservazione dell'equilibrio economico: «incremento del ricavo» and/or «contenimento dei costi» | Contenimento dei costi di farmaci e dispositivi (escluso file F)                                                                                                                    | Rispetto del budget su prodotti mirati indicati dalla SC Farmacia, indicazione dispositivi su cui procedere a rinegoziazione contrattuale                                                     | Spesa<= Budget, Trasmissione lista entro 1° settembre                                         | Controllo di Gestione                 | 10       | P1+P2, P1=2 in caso di avvenuta trasmissione lista prodotti entro i tempi previsti, altrimenti P1=0, P2=3 in caso di rispetto budget assegnato, altrimenti P2=0                                                                           | 30        |
| 3  | Chirurgico   | Endoscopia digestiva | Obiettivi relativi alla conservazione dell'equilibrio economico: «incremento del ricavo» and/or «contenimento dei costi» | Contenimento entro i termini di legge del ricorso al lavoro in regime di straordinario                                                                                              | Spesa per favore straordinario                                                                                                                                                                | Spesa straordinari <= budget straordinari                                                     | AGRU                                  | 5        | P = 5 se Spesa<=Budget, P=0 se Spesa > Budget                                                                                                                                                                                             | 30        |
| 4  | Chirurgico   | Endoscopia digestiva | Obiettivi connessi al potenziamento della ricerca traslazionale e dell'attività di ricerca in generale                   | Publicazioni                                                                                                                                                                        | Impact Factor normalizzato                                                                                                                                                                    | IF2022 = IF2021                                                                               | Direzione Scientifica                 | 5        | Punteggio P=0 se IF2022 < IF2021-5%, P= (IF2022-IF2021-5%)/IF2021/5%*Pmax se IF2021-5% <= IF2022 <= IF2021, altrimenti Pmax                                                                                                               | 10        |
| 5  | Chirurgico   | Endoscopia digestiva | Obiettivi connessi al potenziamento della ricerca traslazionale e dell'attività di ricerca in generale                   | Partecipazione al workshop dell'innovazione ed audit di verifica Intellectual Property                                                                                              | Attestazioni presenza                                                                                                                                                                         | Partecipazione                                                                                | Ufficio Trasferimento Tecnologico     | 2        | SI/No attestazioni presenza                                                                                                                                                                                                               | 10        |
| 6  | Chirurgico   | Endoscopia digestiva | Obiettivi connessi al potenziamento della ricerca traslazionale e dell'attività di ricerca in generale                   | Presentazione di almeno 1 lavoro a meeting nazionale ed in caso di avvenuta approvazione di un programma di RC predisposizione di un cronoprogramma di impiego fondi e suo rispetto | Presentazione cronoprogramma del Progetto di RC entro 15 gg dall'avvenuta approvazione, Audit di verifica della sua implementazione, Evidenza di un lavoro presentato ad un meeting nazionale | Esito positivo audit di verifica                                                              | Direzione Scientifica                 | 3        | SI/No verbalizzazione audit                                                                                                                                                                                                               | 10        |
| 7  | Chirurgico   | Endoscopia digestiva | Obiettivi di miglioramento organizzativo                                                                                 | Avviamento delle procedure di tracciabilità del reprocessing della strumentazione endoscopica                                                                                       | Esecuzione delle procedure                                                                                                                                                                    | Rilevazione procedure eseguite da sistema                                                     | Responsabile Clinical Risk Management | 10       | SI/No da riscontri dei verificatori                                                                                                                                                                                                       | 30        |
| 8  | Chirurgico   | Endoscopia digestiva | Obiettivi di miglioramento organizzativo                                                                                 | Esecuzione degli adempimenti previsti nell'ambito della ROP per le attività di screening del Tumore del Colon Retto                                                                 | Presentazione di un piano per allocare attività in chirurgia ambulatoriale e relativa attuazione                                                                                              | Presentazione piano entro 31 marzo, Implementazione dal 15 aprile                             | Controllo di Gestione                 | 10       | Verifica della coerenza del piano in apposito audit dipartimentale e verifica successiva della tipologia/quantità di prestazioni eseguite                                                                                                 | 30        |
| 9  | Chirurgico   | Endoscopia digestiva | Obiettivi di miglioramento organizzativo                                                                                 | Partecipazione al Team Multidisciplinari costante                                                                                                                                   | Attestazione di avvenuta partecipazione da parte Responsabile del Gruppo di Lavoro ad hoc sull'avvenuto adempimento a tutte le azioni a carico della U.O.                                     | Presenze superiori al 95% al netto di eventuali esenzioni da parte del Team Leader            | Leader Team Multidisciplinare         | 5        | P = Pmax * (E assenze sui Teams / I incontri dei Teams)/5%                                                                                                                                                                                | 30        |
| 10 | Chirurgico   | Endoscopia digestiva | Obiettivi di miglioramento organizzativo                                                                                 | Implementazione del progetto "light-lean" presentato nel corso del 2021                                                                                                             | Rispetto del cronoprogramma concordato con i vari attori del processo                                                                                                                         | Rilevazione sistematica attraverso verbalizzazioni di riunioni                                | Controllo di Gestione                 | 5        | Esito positivo verifiche con attribuzione percentuale dell'entità delle attività implementate                                                                                                                                             | 30        |
| 11 | Chirurgico   | Endoscopia digestiva | Obiettivi concernenti il miglioramento dell'appropriatezza                                                               | Diminuzione dei Tempi di attesa                                                                                                                                                     | Riduzione del 10% del valore dei tempi di attesa                                                                                                                                              | T.att2022<=0,9*T.att2021                                                                      | Controllo di gestione                 | 4        | Punteggio P=0 se T.att2022>= T.att2021, P= ((T.att2021-T.att2022)/T.att2021/10%)*Pmax se T.att2021*0,9 < T.att2022 <= T.att2021, altrimenti Pmax                                                                                          | 10        |
| 12 | Chirurgico   | Endoscopia digestiva | Obiettivi concernenti il miglioramento dell'appropriatezza                                                               | Assenza di rilievi su inappropriate procedure/codifiche da parte del Nucleo di Controllo Interno ex DGR n. 90/2019                                                                  | Esecuzione di audit bimestrali post-formazione                                                                                                                                                | Assenza di medesimi rilievi, diminuzione dei rilievi complessivi, R.app2022 <= 0,8* R.app2021 | Responsabile NCI                      | 6        | P = P1+P2+P3, P1 = 4 in assenza medesimi rilievi, P1 =0 in presenza di medesimi rilievi, P2 = 3* n. rilievi iniziali/n. rilievi a dicembre 2022, P2 = 0 in caso di rilievi >= dell'inizio, P3=3*(((R.app2022 - R.app2021)/R.app2021)/0,2) | 10        |

28.7.2022

*[Firma]*

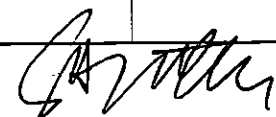
|    |            |                      |                                                            |                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                             |                                                                |                                                             |     |                                                                                               |   |
|----|------------|----------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| 13 | Chirurgico | Endoscopia digestiva | Obiettivi di miglioramento della qualità percepita         | Implementazione delle attività correttive individuate a seguito di analisi dei questionari 3S3W del 2021, incluse azioni del Piano Hospitality                                                                      | Relazioni periodiche da parte del Responsabile del Gruppo di Lavoro ad hoc sull'avvenuto adempimento di tutte le azioni a carico della U.O. | Rilevazione sistematica attraverso verbalizzazioni di riunioni | Responsabile GdL                                            | 5   | Esito positivo verifiche con attribuzione percentuale dell'entità delle attività implementate | 5 |
| 14 | Chirurgico | Endoscopia digestiva | Flussi informativi                                         | Aggiornamento tempestivo delle giacenze di reparto, del personale assegnato al Centro di Costo, della chiusura SDO, SDA ed ambulatoriali, del fabbisogno di beni e servizi                                          | Assenza di contestazioni per mancato adempimento                                                                                            | Assenza contestazioni                                          | Controllo di Gestione con contributo Farmacia, AGRU e NCI   | 2,5 | SI/No da riscontri dei verificatori                                                           | 5 |
| 15 | Chirurgico | Endoscopia digestiva | Transizione digitale                                       | Implementazione di tutte le azioni a carico della U.O. per l'avvio della Cartella Elettronica e della formazione di base all'uso delle PdL (sistema operativo, impostazioni, mail, text editor, foglio elettronico) | Esiti attività a carico della U.O. e superamento corsi                                                                                      | Assenza contestazioni e superamento corsi                      | Responsabile Transizione Digitale e Responsabile Formazione | 2,5 | SI/No da riscontri dei verificatori                                                           |   |
| 16 | Chirurgico | Endoscopia digestiva | Trasparenza ed anticorruzione: controllo/azioni correttive | Implementazione delle attività a carico della U.O.                                                                                                                                                                  | Relazione a carico del RPACT                                                                                                                | Relazione                                                      | RPACT                                                       | 5   | SI/No da riscontri dei verificatori                                                           | 5 |
| 17 | Chirurgico | Endoscopia digestiva | Benessere organizzativo e pari opportunità                 | Implementazione delle attività a carico della U.O.                                                                                                                                                                  | Relazione del Referente CUG                                                                                                                 | Assenza contestazioni                                          | Referente CUG                                               | 5   | SI/No da riscontri dei verificatori                                                           | 5 |

28.7.2022

ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II"  
I.R.C.C.S. BARI  
Direttore Generale  
Avv. Alessandro DELLE DONNE

*[Handwritten signature]*

| N. | Dipartimento | Struttura                                   | Tipologia obiettivi                                                                                                      | Dettaglio                                                                                                                                                             | Indicatore                                                                                                                                                | Target                                                                                                    | Verificatore                             | Peso max | Modalità di verifica                                                                                                                                                     | Peso GBSC |
|----|--------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 1  | Chirurgico   | Chirurgia Generale, ad Indirizzo Senologico | Obiettivi relativi alla conservazione dell'equilibrio economico: «incremento dei ricavi» and/or «contenimento dei costi» | Attivazione di una semi-seduta settimanale di attività operatoria in più a seguito di riconsegna Sala Operatoria al termine dei lavori di ristrutturazione della TIPO | Ricavi della produzione                                                                                                                                   | R2022 >= R2021                                                                                            | Controllo di Gestione                    | 10       | P1+P2, P1=6 garantendo i nuovi turni, P2=1 in caso di R2022>R2021, P2=2 in caso di R2021<R2022<R2021+1%, P2=3 in caso di R2021<R2022<R2021+3%, P2=4 se R2022 >= R2021+5% | 30        |
| 2  | Chirurgico   | Chirurgia Generale, ad Indirizzo Senologico | Obiettivi relativi alla conservazione dell'equilibrio economico: «incremento dei ricavi» and/or «contenimento dei costi» | Riduzione dei costi di degenza                                                                                                                                        | Indice comparativo di performance (ICP), Degenza media standardizzata per case mix (DMSCM)                                                                | ICP<=1; DMSCM<=DMSCMR                                                                                     | Responsabile Nucleo di Controllo Interno | 5        | Punteggio 0 se ICP>1 and DMSCM>DMCMR, Punteggio 4 se ICP>=1 and DMSCM<=DMCMR, Punteggio 8 se ICP>=1 and DMSCM<=DMCMR                                                     |           |
| 3  | Chirurgico   | Chirurgia Generale, ad Indirizzo Senologico | Obiettivi relativi alla conservazione dell'equilibrio economico: «incremento dei ricavi» and/or «contenimento dei costi» | Contenimento dei costi di farmaci e dispositivi (escluso file F)                                                                                                      | Rispetto dei budget su prodotti mirati indicati dalla SC Farmacia, Indicazione dispositivi su cui procedere a rinegoziazione contrattuale                 | Spesa <= Budget, Trasmissione lista entro 1° settembre                                                    | Controllo di Gestione                    | 5        | P1+P2, P1=2 in caso di avvenuta trasmissione lista prodotti entro i tempi previsti, altrimenti P1=0, P2=3 in caso di rispetto budget assegnato, altrimenti P2=0          |           |
| 4  | Chirurgico   | Chirurgia Generale, ad Indirizzo Senologico | Obiettivi relativi alla conservazione dell'equilibrio economico: «incremento dei ricavi» and/or «contenimento dei costi» | Contenimento entro i termini di legge del ricorso al lavoro in regime di straordinario                                                                                | Spesa per lavoro straordinario                                                                                                                            | Spesa straordinari <= budget straordinari                                                                 | AGRU                                     | 5        | P=5 se Spesa<=Budget, P=0 se Spesa > Budget                                                                                                                              |           |
| 5  | Chirurgico   | Chirurgia Generale, ad Indirizzo Senologico | Obiettivi relativi alla conservazione dell'equilibrio economico: «incremento dei ricavi» and/or «contenimento dei costi» | Attivazione attività in ambulatorio chirurgico                                                                                                                        | Presentazione di un piano per allocare attività in chirurgia ambulatoriale e relativa attuazione                                                          | Presentazione piano entro 1° settembre. Implementazione dal 15 settembre                                  | Controllo di Gestione                    | 5        | Verifica della coerenza del piano in apposito audit dipartimentale e verifica successiva della tipologia/quantità di prestazioni eseguite                                | 10        |
| 6  | Chirurgico   | Chirurgia Generale, ad Indirizzo Senologico | Obiettivi connessi al potenziamento della ricerca traslazionale e dell'attività di ricerca in generale                   | Pubblicazioni                                                                                                                                                         | Impact Factor normalizzato                                                                                                                                | IF2022 >= IF2021 + 5%                                                                                     | Direzione Scientifica                    | 5        | Punteggio P=0 se IF2021 >= IF2022, P=(IF2022-IF2021)/IF2021/5%*Pmax se IF2021 < IF2022 <= IF2021*1,05, altrimenti Pmax                                                   |           |
| 7  | Chirurgico   | Chirurgia Generale, ad Indirizzo Senologico | Obiettivi connessi al potenziamento della ricerca traslazionale e dell'attività di ricerca in generale                   | Partecipazione al workshop dell'innovazione ed audit di verifica Intellectual Property                                                                                | Attestazioni presenza                                                                                                                                     | Partecipazione                                                                                            | Ufficio Trasferimento Tecnologico        | 3        | SI/No attestazioni presenza                                                                                                                                              |           |
| 8  | Chirurgico   | Chirurgia Generale, ad Indirizzo Senologico | Obiettivi connessi al potenziamento della ricerca traslazionale e dell'attività di ricerca in generale                   | Presentazione del cronoprogramma del progetto di RC in comune con la Fisica Sanitaria e la Radiologia Senologica e suo rispetto                                       | Presentazione cronoprogramma del Progetto di RC entro i termini stabiliti dalla Direzione Scientifica e suo rispetto                                      | Esito positivo audit di verifica                                                                          | Direzione Scientifica                    | 2        | SI/No verbalizzazione audit                                                                                                                                              |           |
| 9  | Chirurgico   | Chirurgia Generale, ad Indirizzo Senologico | Obiettivi di miglioramento organizzativo                                                                                 | Riduzione Liste d'attesa - Esecuzione attività di competenza per attivazione procedure C.Or.O.                                                                        | Relazioni periodiche da parte del Responsabile del Gruppo di Lavoro ad hoc sull'avvenuto adempimento di tutte le azioni a carico della U.O.               | Rilevazione sistematica attraverso verbalizzazioni di riunioni                                            | Responsabile C.Or.O.                     | 10       | Esito positivo verifiche con attribuzione percentuale dell'entità delle attività implementate                                                                            | 25        |
| 10 | Chirurgico   | Chirurgia Generale, ad Indirizzo Senologico | Obiettivi di miglioramento organizzativo                                                                                 | Partecipazione al Team Multidisciplinari costante                                                                                                                     | Attestazione di avvenuta partecipazione da parte Responsabile del Gruppo di Lavoro ad hoc sull'avvenuto adempimento a tutte le azioni a carico della U.O. | Presenze superiori al 95% al netto di eventuali esenzioni da parte del Team Leader                        | Leader Team Multidisciplinare            | 5        | P = Pmax * (L assenze sul Teams / L incontri dei Teams)/5%                                                                                                               |           |
| 11 | Chirurgico   | Chirurgia Generale, ad Indirizzo Senologico | Obiettivi di miglioramento organizzativo                                                                                 | Implementazione del progetto "light-lean" presentato nel corso del 2021                                                                                               | Rispetto del cronoprogramma concordato con i vari attori del processo                                                                                     | Rilevazione sistematica attraverso verbalizzazioni di riunioni                                            | Controllo di Gestione                    | 5        | Esito positivo verifiche con attribuzione percentuale dell'entità delle attività implementate                                                                            |           |
| 12 | Chirurgico   | Chirurgia Generale, ad Indirizzo Senologico | Obiettivi di miglioramento organizzativo                                                                                 | Miglioramento del sistema di valutazione individuale                                                                                                                  | Distribuzione delle valutazioni del personale dipendente                                                                                                  | Distribuzione delle valutazioni individuali in un intervallo non inferiore al 10% intorno al valore medio | AGRU                                     | 5        | SI/No                                                                                                                                                                    |           |

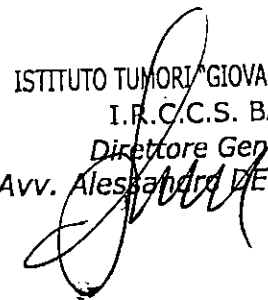
28.7.2022 

|    |            |                                            |                                                            |                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                             |                                                                                                    |                                                             |     |                                                                                                                                                                                                                                                                        |    |
|----|------------|--------------------------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 13 | Chirurgico | Chirurgia Generale ad Indirizzo Senologico | Obiettivi concernenti il miglioramento dell'appropriatezza | Partecipazione del personale medico ai Laboratori operativi sull'appropriatezza delle metodologie di codifica e verifiche di appropriatezza                                                                         | Rilevazione presenze del personale nei Laboratori                                                                                           | 100% presenze                                                                                      | Dirigente Responsabile Formazione                           | 5   | Riscontro positivo da parte del Responsabile Formazione in cui le eventuali assenze siano tutte GIUSTIFICATE                                                                                                                                                           | 15 |
| 14 | Chirurgico | Chirurgia Generale ad Indirizzo Senologico | Obiettivi concernenti il miglioramento dell'appropriatezza | Diminuzione dei ricoveri outliers                                                                                                                                                                                   | Numero dei ricoveri outliers                                                                                                                | $R.out2022 \leq 0,9 * R.out2021$                                                                   | Controllo di gestione                                       | 4   | Punteggio $P=0$ se $R.out2022 > R.out2021$ , $P=1$ se $(R.out2021 - R.out2022)/R.out2021 \leq 0,9$ , $P=2$ se $R.out2022 < R.out2021$ , altrimenti $P_{max}$                                                                                                           |    |
| 15 | Chirurgico | Chirurgia Generale ad Indirizzo Senologico | Obiettivi concernenti il miglioramento dell'appropriatezza | Assenza di rilievi su inappropriate procedure/codifiche da parte del Nucleo di Controllo Interno ex DGR n. 90/2019 e monitoraggio R.app = DRG non LEA / DRG LEA                                                     | Esecuzione di audit bimestrali post-formazione, valore del rapporto R.app = (DRG non LEA)/(DRG LEA)                                         | Assenza di medesimi rilievi, diminuzione dei rilievi complessivi, $R.app2022 \leq 0,8 * R.app2021$ | Responsabile NCI                                            | 6   | $P = P1 + P2 + P3$ , $P1 = 4$ in assenza medesimi rilievi, $P1 = 0$ in presenza di medesimi rilievi, $P2 = 3$ n. rilievi iniziali/n. rilievi a dicembre 2022, $P2 = 0$ in caso di rilievi $\geq$ dell'inizio, $P3 = 3$ se $(R.app2022 - R.app2021)/R.app2021 \leq 0,2$ |    |
| 16 | Chirurgico | Chirurgia Generale ad Indirizzo Senologico | Obiettivi di miglioramento della qualità percepita         | Implementazione delle attività correttive individuate a seguito di analisi dei questionari 353W del 2021, incluse azioni del Piano Hospitality                                                                      | Relazioni periodiche da parte del Responsabile del Gruppo di Lavoro ad hoc sull'avvenuto adempimento di tutte le azioni a carico della U.O. | Rilevazione sistematica attraverso verbalizzazioni di riunioni                                     | Responsabile GdL                                            | 5   | Esito positivo verifiche con attribuzione percentuale dell'entità delle attività implementate                                                                                                                                                                          | 5  |
| 17 | Chirurgico | Chirurgia Generale ad Indirizzo Senologico | Flussi informativi                                         | Aggiornamento tempestivo delle giacenze di reparto, del personale assegnato al Centro di Costo, della chiusura SDO, SDA ed ambulatoriali, del fabbisogno di beni e servizi                                          | Assenza di contestazioni per mancato adempimento                                                                                            | Assenza contestazioni                                                                              | Controllo di Gestione con contributo Farmacia, AGRU e NCI   | 2,5 | SI/No da riscontri dei verificatori                                                                                                                                                                                                                                    | 5  |
| 18 | Chirurgico | Chirurgia Generale ad Indirizzo Senologico | Transizione digitale                                       | Implementazione di tutte le azioni a carico della U.O. per l'avvio della Cartella Elettronica e della formazione di base all'uso delle PDI (sistema operativo, impostazioni, mail, text editor, foglio elettronico) | Esiti attività a carico della U.O. e superamento corsi                                                                                      | Assenza contestazioni e superamento corsi                                                          | Responsabile Transizione Digitale e Responsabile Formazione | 2,5 | SI/No da riscontri dei verificatori                                                                                                                                                                                                                                    |    |
| 19 | Chirurgico | Chirurgia Generale ad Indirizzo Senologico | Trasparenza ed anticorruzione: controllo/azioni correttive | Implementazione delle attività a carico della U.O.                                                                                                                                                                  | Relazione a carico del RPACT                                                                                                                | Relazione                                                                                          | RPACT                                                       | 5   | SI/No da riscontri dei verificatori                                                                                                                                                                                                                                    | 5  |
| 20 | Chirurgico | Chirurgia Generale ad Indirizzo Senologico | Benessere organizzativo e pari opportunità                 | Implementazione delle attività a carico della U.O.                                                                                                                                                                  | Relazione del Referente CUG                                                                                                                 | Assenza contestazioni                                                                              | Referente CUG                                               | 5   | SI/No da riscontri dei verificatori                                                                                                                                                                                                                                    | 5  |

28.7.2022



ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II"  
I.R.C.C.S. BARI  
Direttore Generale  
Avv. Alessandro DELLE DONNE



27.7.2022

Oggetto: Urologia

| N. | Dipartimento | Struttura | Tipologia obiettivi                                                                                                      | Descrizione                                                                                                                                                                         | Indicatore                                                                                                                                                                                                   | Target                                                                                                    | Verificatore                      | Periodo | Modalità di verifica                                                                                                                                            | Peso |
|----|--------------|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| 1  | Chirurgico   | Urologia  | Obiettivi relativi alla conservazione dell'equilibrio economico: «incremento del ricavo» and/or «contenimento dei costi» | Attivazione di una seduta settimanale di attività operatoria in più a seguito di consegna Sala operatoria ai termini dei lavori di ristrutturazione della TIPO                      | Ricavi della produzione                                                                                                                                                                                      | R2022 >= R2021                                                                                            | Controllo di Gestione             | 10      | Punteggio 2 in caso di R2022>R2021, Punteggio 4 in caso di R2021<R2022<R2021+1%, Punteggio 7 in caso di R2021<R2022<R2021+2%, Punteggio 12 se R2022 >= R2021+4% | 5    |
| 2  | Chirurgico   | Urologia  | Obiettivi relativi alla conservazione dell'equilibrio economico: «incremento del ricavo» and/or «contenimento dei costi» | Riduzione dei costi di degenza                                                                                                                                                      | Indice comparativo di performance (ICP), Degenza media standardizzata per case mix (DMSCM)                                                                                                                   | ICP<=1; DMSCM<=DMSCMR                                                                                     | Responsabile Nucleo di Controllo  | 5       | Punteggio 0 se ICP>1 and DMSCM>DMSCMR, Punteggio 4 se ICP>=1 or DMSCM<=DMSCMR, Punteggio 8 se ICP>=1 and DMSCM<=DMSCMR                                          | 5    |
| 3  | Chirurgico   | Urologia  | Obiettivi relativi alla conservazione dell'equilibrio economico: «incremento del ricavo» and/or «contenimento dei costi» | Contenimento dei costi di farmaci e dispositivi (escluso file F)                                                                                                                    | Rispetto del budget su prodotti mirati indicati dalla SC Farmacia, indicazione dispositivi su cui procedere a negoziazione contrattuale                                                                      | Spesa<= Budget, Trasmissione lista entro 1° settembre                                                     | Farmacia                          | 5       | P1+P2, P1=2 in caso di avvenuta trasmissione lista prodotti entro i tempi previsti, altrimenti P1=0, P2=0 in caso di rispetto budget assegnato, altrimenti P2=0 | 5    |
| 4  | Chirurgico   | Urologia  | Obiettivi relativi alla conservazione dell'equilibrio economico: «incremento del ricavo» and/or «contenimento dei costi» | Contenimento entro i termini di legge del ricorso al lavoro in regime di straordinario                                                                                              | Spesa per lavoro straordinario                                                                                                                                                                               | Spesa straordinaria <= budget straordinario                                                               | AGRU                              | 5       | P= 5 se Spesa<=budget, P=0 se Spesa > budget                                                                                                                    | 5    |
| 5  | Chirurgico   | Urologia  | Obiettivi relativi alla conservazione dell'equilibrio economico: «incremento del ricavo» and/or «contenimento dei costi» | Attivazione attività in ambulatorio chirurgico                                                                                                                                      | Presenziazione di un piano per allocare attività in chirurgia ambulatoriale e relativa attuazione                                                                                                            | Presenziazione piano entro 31 marzo, Implementazione dal 15 aprile                                        | Controllo di Gestione             | 5       | Verifica della coerenza del piano in appositi audit dipartimentale e verifica successiva della tipologia/quantità di prestazioni eseguite                       | 5    |
| 6  | Chirurgico   | Urologia  | Obiettivi connessi al potenziamento della ricerca traslazionale e dell'attività di ricerca in generale                   | Publicazioni                                                                                                                                                                        | Impact factor normalizzato                                                                                                                                                                                   | IF2022 >= IF2021* + 5%                                                                                    | Direzione Scientifica             | 5       | Punteggio P=0 se IF2021 >= IF2022, P=IF2022-IF2021/IF2021*Pmax se IF2021 < IF2022 < IF2021*1,05, altrimenti Pmax                                                | 5    |
| 7  | Chirurgico   | Urologia  | Obiettivi connessi al potenziamento della ricerca traslazionale e dell'attività di ricerca in generale                   | Partecipazione al workshop dell'innovazione ed audit di verifica Intellectual Property                                                                                              | Attestazioni presenza                                                                                                                                                                                        | Partecipazione                                                                                            | Ufficio Trasferimento Tecnologico | 2,5     | SI/No attestazioni presenza                                                                                                                                     | 2,5  |
| 8  | Chirurgico   | Urologia  | Obiettivi connessi al potenziamento della ricerca traslazionale e dell'attività di ricerca in generale                   | Presentazione di almeno 1 lavoro a meeting nazionale ed in caso di avvenuta approvazione di un programma di RC predisposizione di un cronoprogramma di impiego fondi e suo rispetto | Presentazione cronoprogramma del Progetto di RC entro i termini stabiliti dalla Direzione Scientifica, Audit di verifica della sua implementazione, Evidenza di un lavoro presentato ad un meeting nazionale | Esito positivo audit di verifica                                                                          | Direzione Scientifica             | 2,5     | SI/No verbalizzazione audit                                                                                                                                     | 2,5  |
| 9  | Chirurgico   | Urologia  | Obiettivi di miglioramento organizzativo                                                                                 | Miglioramento del sistema di valutazione individuale                                                                                                                                | Distribuzione delle valutazioni del personale dipendente                                                                                                                                                     | Distribuzione delle valutazioni individuali in un intervallo non inferiore al 10% intorno al valore medio | AGRU                              | 5       | SI/No da risconti dei verificatori                                                                                                                              | 5    |
| 10 | Chirurgico   | Urologia  | Obiettivi di miglioramento organizzativo                                                                                 | Riduzione liste d'attesa - Esecuzione attività di competenza per attivazione procedure C.O.C.O.                                                                                     | Relazioni periodiche da parte del Responsabile del Gruppo di Lavoro ad hoc sull'avvenuto adempimento di tutte le azioni a carico della U.O.                                                                  | Rilevazione sistematica attraverso verbalizzazioni di riunioni                                            | Responsabile C.O.C.O.             | 10      | Esito positivo verifiche con attribuzione percentuale dell'entità delle attività implementate                                                                   | 10   |
| 11 | Chirurgico   | Urologia  | Obiettivi di miglioramento organizzativo della ROP per le attività di screening del Tumore della Prostata                | Esecuzione degli adempimenti previsti nell'ambito della ROP per le attività di screening del Tumore della Prostata                                                                  | Presentazione di un piano per allocare attività in chirurgia ambulatoriale e relativa attuazione                                                                                                             | Presentazione piano entro 31 marzo, Implementazione dal 15 aprile                                         | Controllo di Gestione             | 5       | Verifica della coerenza del piano in appositi audit dipartimentale e verifica successiva della tipologia/quantità di prestazioni eseguite                       | 5    |
| 12 | Chirurgico   | Urologia  | Obiettivi di miglioramento organizzativo                                                                                 | Partecipazione al Team Multidisciplinari costante                                                                                                                                   | Attestazione di avvenuta partecipazione da parte Responsabile del Gruppo di Lavoro ad hoc sull'avvenuto adempimento a tutte le azioni a carico della U.O.                                                    | Presenze superiori al 95% al netto di eventuali esenzioni da parte del Team Leader                        | Leader Team Multidisciplinare     | 5       | P = Pmax * (Assenze sui Teams / 2 incontri dei Teams)/5%                                                                                                        | 5    |

ISTITUTO TOMORI GIOVANNI PAOLO II  
I.R.C.C.S. BARI  
Direttore Generale  
Avv. Alessandro DELLE DONNE

|    |            |          |                                                            |                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                             |                                                                                               |                                                             |     |                                                                                                                                                                                                                                            |    |
|----|------------|----------|------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 13 | Chirurgico | Urologia | Obiettivi di miglioramento organizzativo                   | Implementazione del progetto "light-lean" presentato nel corso del 2021                                                                                                                                             | Rispetto del cronoprogramma concordato con i vari attori del processo                                                                       | Rilevazione sistematica attraverso verbalizzazioni di riunioni                                | Controllo di Gestione                                       | 5   | Esito positivo verifiche con attribuzione percentuale dell'entità delle attività implementate                                                                                                                                              |    |
| 14 | Chirurgico | Urologia | Obiettivi concernenti il miglioramento dell'appropriatezza | Partecipazione del personale medico ai Laboratori operativi sull'appropriatezza delle metodologie di codifica e verifiche di appropriatezza                                                                         | Rilevazione presenze del personale nei Laboratori                                                                                           | 100% presenze                                                                                 | Dirigente Responsabile Formazione                           | 5   | Riscontro positivo da parte del Responsabile Formazione in cui le eventuali assenze siano tutte GIUSTIFICATE                                                                                                                               |    |
| 15 | Chirurgico | Urologia | Obiettivi concernenti il miglioramento dell'appropriatezza | Assenza di rilievi su inappropriate procedure/codifiche da parte del Nucleo di Controllo Interno ex DGR n. 90/2019 e monitoraggio R.app = DRG non LEA / DRG LEA                                                     | Esecuzione di audit bimestrali post-formazione, valore del rapporto R.app= (DRG non LEA)/(DRG LEA)                                          | Assenza di medesimi rilievi, diminuzione dei rilievi complessivi, R.app2022 <= 0,8* R.app2021 | Responsabile NCI                                            | 5   | P = P1+P2+P3, P1 = 4 in assenza medesimi rilievi, P1 = 0 in presenza di medesimi rilievi, P2 = 3* n. rilievi iniziali/n. rilievi a dicembre 2022, P2 = 0 in caso di rilievi >= dell'inizio, P3=3*(((R.app2022 - R.app2021)/R.app2021)/0,2) | 10 |
| 16 | Chirurgico | Urologia | Obiettivi di miglioramento della qualità percepita         | Implementazione delle attività correttive individuate a seguito di analisi dei questionari 353W del 2021, incluse azioni del Piano Hospitality                                                                      | Relazioni periodiche da parte del Responsabile del Gruppo di Lavoro ad hoc sull'avvenuto adempimento di tutte le azioni a carico della U.O. | Rilevazione sistematica attraverso verbalizzazioni di riunioni                                | Responsabile GdL                                            | 5   | Esito positivo verifiche con attribuzione percentuale dell'entità delle attività implementate                                                                                                                                              | 5  |
| 17 | Chirurgico | Urologia | Flussi informativi                                         | Aggiornamento tempestivo delle giacenze di reparto, del personale assegnato al Centro di Costo, della chiusura SDO, SDA ed ambulatoriali, del fabbisogno di beni e servizi                                          | Assenza di contestazioni per mancato adempimento                                                                                            | Assenza contestazioni                                                                         | Controllo di Gestione con contributo Farmacia, AGRU e NCI   | 2,5 | SI/No da riscontri dei verificatori                                                                                                                                                                                                        |    |
| 18 | Chirurgico | Urologia | Transizione digitale                                       | Implementazione di tutte le azioni a carico della U.O. per l'avvio della Cartella Elettronica e della formazione di base all'uso delle Pdl (sistema operativo, impostazioni, mail, text editor, foglio elettronico) | Esiti attività a carico della U.O. e superamento corsi                                                                                      | Assenza contestazioni e superamento corsi                                                     | Responsabile Transizione Digitale e Responsabile Formazione | 2,5 | SI/No da riscontri dei verificatori                                                                                                                                                                                                        | 5  |
| 19 | Chirurgico | Urologia | Trasparenza ed anticorruzione: controllo/azioni correttive | Implementazione delle attività a carico della U.O.                                                                                                                                                                  | Relazione a carico del RPACT                                                                                                                | Relazione                                                                                     | RPACT                                                       | 5   | SI/No da riscontri dei verificatori                                                                                                                                                                                                        | 5  |
| 20 | Chirurgico | Urologia | Benessere organizzativo e pari opportunità                 | Implementazione delle attività a carico della U.O.                                                                                                                                                                  | Relazione del Referente CUG                                                                                                                 | Assenza contestazioni                                                                         | Referente CUG                                               | 5   | SI/No da riscontri dei verificatori                                                                                                                                                                                                        | 5  |

27.7.2022

*Oppl. Urban*

ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II"  
I.R.C.C.S. BARI  
Direttore Generale  
Avv. Alessandro DELLE DONNE

| N. | Dipartimento | Struttura                                        | Tipologia obiettivi                                                                                                      | Dettaglio                                                                                                                                                                           | Indicatore                                                                                                                                                         | Target                                                                                                    | Verificatore                             | Pesi<br>max | Modalità di verifica                                                                                                                                            | Peso<br>GASC |
|----|--------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| 1  | Chirurgico   | Chirurgia Generale<br>ad Indirizzo<br>Oncologico | Obiettivi relativi alla conservazione dell'equilibrio economico: «incremento dei ricavi».and/or.«contenimento dei costi» | Attivazione di una semi-seduta settimanale di attività operatoria in più a seguito di riconsegna Sala Operatoria al termine dei lavori di ristrutturazione della TIPO               | Numero di sedute in 4a Sala Operatoria e garanzia sedute ordinarie secondo pianificazione                                                                          | N. sedute 4a S.O. >= 10                                                                                   | Direttore Dipartimento Area Chirurgica   | 10          | N. Sedute in 4a S.O. se < 10 altrimenti Pmax                                                                                                                    | 30           |
| 2  | Chirurgico   | Chirurgia Generale<br>ad Indirizzo<br>Oncologico | Obiettivi relativi alla conservazione dell'equilibrio economico: «incremento dei ricavi».and/or.«contenimento dei costi» | Riduzione dei costi di degenza                                                                                                                                                      | Indice comparativo di performance (ICP), Degenza media standardizzata per case mix (DMSCM)                                                                         | ICP<=1; DMSCM<=DMSCMR                                                                                     | Responsabile Nucleo di Controllo Interno | 5           | Punteggio 0 se ICP>1.and.DMSCM>DMCMR, Punteggio 4 se ICP>=1.or.DMSCM<=DMCMR, Punteggio 8 se ICP>=1.and.DMSCM<=DMCMR                                             |              |
| 3  | Chirurgico   | Chirurgia Generale<br>ad Indirizzo<br>Oncologico | Obiettivi relativi alla conservazione dell'equilibrio economico: «incremento dei ricavi».and/or.«contenimento dei costi» | Contenimento dei costi di farmaci e dispositivi (escluso file F)                                                                                                                    | Rispetto del budget su prodotti mirati indicati dalla SC Farmacia, indicazione dispositivi su cui procedere a rinegoziazione contrattuale                          | Spesa<= Budget, Trasmissione lista entro 1° settembre                                                     | Controllo di Gestione                    | 5           | P1+P2, P1=2 in caso di avvenuta trasmissione lista prodotti entro i tempi previsti, altrimenti P1=0, P2=3 in caso di rispetto budget assegnato, altrimenti P2=0 |              |
| 4  | Chirurgico   | Chirurgia Generale<br>ad Indirizzo<br>Oncologico | Obiettivi relativi alla conservazione dell'equilibrio economico: «incremento dei ricavi».and/or.«contenimento dei costi» | Contenimento entro i termini di legge del ricorso al lavoro in regime di straordinario                                                                                              | Spesa per lavoro straordinario                                                                                                                                     | Spesa straordinari <= budget straordinari                                                                 | AGRU                                     | 5           | P= 5 se Spesa<=Budget, P=0 se Spesa > Budget                                                                                                                    |              |
| 5  | Chirurgico   | Chirurgia Generale<br>ad Indirizzo<br>Oncologico | Obiettivi relativi alla conservazione dell'equilibrio economico: «incremento dei ricavi».and/or.«contenimento dei costi» | Attivazione attività in ambulatorio chirurgico                                                                                                                                      | Presentazione di un piano per allocare attività in chirurgia ambulatoriale e relativa attuazione                                                                   | Presentazione piano entro 1° settembre, implementazione dal 15 settembre                                  | Controllo di Gestione                    | 5           | Verifica della coerenza del piano in apposito audit dipartimentale e verifica successiva della tipologia/quantità di prestazioni eseguite                       |              |
| 6  | Chirurgico   | Chirurgia Generale<br>ad Indirizzo<br>Oncologico | Obiettivi connessi al potenziamento della ricerca traslazionale e dell'attività di ricerca in generale                   | Publicazioni                                                                                                                                                                        | Impact Factor normalizzato                                                                                                                                         | IF2022 >= IF2021 + 5%                                                                                     | Direzione Scientifica                    | 5           | Punteggio P=0 se IF2021 >= IF2022, P=(IF2022-IF2021)/IF2021/5%*Pmax se IF2021 < IF2022 <= IF2021*1,05, altrimenti Pmax                                          | 10           |
| 7  | Chirurgico   | Chirurgia Generale<br>ad Indirizzo<br>Oncologico | Obiettivi connessi al potenziamento della ricerca traslazionale e dell'attività di ricerca in generale                   | Partecipazione ai workshop dell'innovazione ed audit di verifica Intellectual Property                                                                                              | Attestazioni presenza                                                                                                                                              | Partecipazione                                                                                            | Ufficio Trasferimento Tecnologico        | 2           | SI/No attestazioni presenza                                                                                                                                     |              |
| 8  | Chirurgico   | Chirurgia Generale<br>ad Indirizzo<br>Oncologico | Obiettivi connessi al potenziamento della ricerca traslazionale e dell'attività di ricerca in generale                   | Presentazione di almeno 1 lavoro a meeting nazionale ed in caso di avvenuta approvazione di un programma di RC predisposizione di un cronoprogramma di impiego fondi e suo rispetto | Presentazione cronoprogramma del Progetto di RC 1 settembre, Audit di verifica della sua implementazione, Evidenza di un lavoro presentato ad un meeting nazionale | Esito positivo audit di verifica                                                                          | Direzione Scientifica                    | 3           | SI/No verbalizzazione audit                                                                                                                                     |              |
| 9  | Chirurgico   | Chirurgia Generale<br>ad Indirizzo<br>Oncologico | Obiettivi di miglioramento organizzativo                                                                                 | Riduzione Liste d'attesa - Esecuzione attività di competenza per attivazione procedure C.Or.O.                                                                                      | Relazioni periodiche da parte del Responsabile del Gruppo di Lavoro ad hoc sull'avvenuto adempimento di tutte le azioni a carico della U.O.                        | Rilevazione sistematica attraverso verbalizzazioni di riunioni                                            | Responsabile C.Or.O.                     | 10          | Esito positivo verifiche con attribuzione percentuale dell'entità delle attività implementate                                                                   | 22,5         |
| 10 | Chirurgico   | Chirurgia Generale<br>ad Indirizzo<br>Oncologico | Obiettivi di miglioramento organizzativo                                                                                 | Partecipazione al Team Multidisciplinari costante                                                                                                                                   | Attestazione di avvenuta partecipazione da parte Responsabile del Gruppo di Lavoro ad hoc sull'avvenuto adempimento a tutte le azioni a carico della U.O.          | Presenze superiori al 95% al netto di eventuali esenzioni da parte del Team Leader                        | Leader Team Multidisciplinare            | 5           | P = Pmax * (Z assenze sui Teams / Z Incontri dei Teams)/5%                                                                                                      |              |
| 11 | Chirurgico   | Chirurgia Generale<br>ad Indirizzo<br>Oncologico | Obiettivi di miglioramento organizzativo                                                                                 | Implementazione del progetto "light-lean" presentato nel corso del 2021                                                                                                             | Rispetto del cronoprogramma concordato con i vari attori del processo                                                                                              | Rilevazione sistematica attraverso verbalizzazioni di riunioni                                            | Controllo di Gestione                    | 5           | Esito positivo verifiche con attribuzione percentuale dell'entità delle attività implementate                                                                   |              |
| 12 | Chirurgico   | Chirurgia Generale<br>ad Indirizzo<br>Oncologico | Obiettivi di miglioramento organizzativo                                                                                 | Miglioramento del sistema di valutazione individuale                                                                                                                                | Distribuzione delle valutazioni del personale dipendente                                                                                                           | Distribuzione delle valutazioni individuali in un intervallo non inferiore al 10% intorno al valore medio | AGRU                                     | 2,5         | SI/No                                                                                                                                                           |              |

25.7.2022

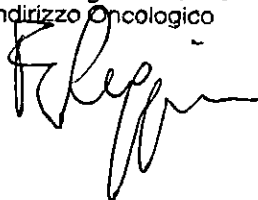
*Ruggeri*

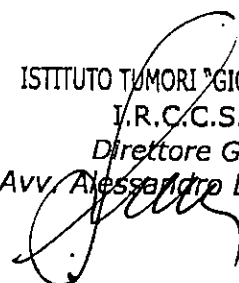
Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" - Bari  
Codice Istituto 160-901  
Viale O. Flacco, 65 - 70124 BARI  
Dr. EUSTACHIO RUGGERI  
Codice Individuale: 639999  
S.C. di Chirurgia Generale

|    |            |                                            |                                                            |                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                             |                                                                                                    |                                                             |     |                                                                                                                                                                                                                                                                             |     |
|----|------------|--------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 13 | Chirurgico | Chirurgia Generale ad Indirizzo Oncologico | Obiettivi concernenti il miglioramento dell'appropriatezza | Partecipazione del personale medico ai Laboratori operativi sull'appropriatezza delle metodologie di codifica e verifiche di appropriatezza                                                                                   | Rilevazione presenze del personale nei Laboratori                                                                                           | 100% presenze                                                                                      | Dirigente Responsabile Formazione                           | 5   | Riscontro positivo da parte del Responsabile Formazione in cui le eventuali assenze siano tutte GIUSTIFICATE                                                                                                                                                                | 15  |
| 14 | Chirurgico | Chirurgia Generale ad Indirizzo Oncologico | Obiettivi concernenti il miglioramento dell'appropriatezza | Diminuzione dei ricoveri outliers                                                                                                                                                                                             | Numero dei ricoveri outliers                                                                                                                | $R.out2022 \leq 0,9 * R.out2021$                                                                   | Controllo di gestione                                       | 4   | Punteggio $P=0$ se $R.out2022 \geq R.out2021$ , $P=\frac{R.out2021 - R.out2022}{R.out2021 - R.out2021/10\%} * Pmax$ se $R.out2021/10\% < R.out2022 < R.out2021$ , altrimenti $Pmax$                                                                                         |     |
| 15 | Chirurgico | Chirurgia Generale ad Indirizzo Oncologico | Obiettivi concernenti il miglioramento dell'appropriatezza | Assenza di rilievi su inappropriate procedure/codifiche da parte del Nucleo di Controllo Interno ex DGR n. 90/2019 e monitoraggio R.app = DRG non LEA / DRG LEA                                                               | Esecuzione di audit bimestrali post-formazione, valore del rapporto $R.app = (DRG \text{ non LEA}) / (DRG \text{ LEA})$                     | Assenza di medesimi rilievi, diminuzione dei rilievi complessivi, $R.app2022 \leq 0,8 * R.app2021$ | Responsabile NCI                                            | 6   | $P = P1 + P2 + P3$ , $P1 = 4$ in assenza medesimi rilievi, $P1 = 0$ in presenza di medesimi rilievi, $P2 = 3 * n$ , $n$ rilievi iniziali/n. rilievi a dicembre 2022, $P2 = 0$ in caso di rilievi $\geq$ dell'inizio, $P3 = 3 * \frac{R.app2022 - R.app2021}{R.app2021/0,2}$ |     |
| 16 | Chirurgico | Chirurgia Generale ad Indirizzo Oncologico | Obiettivi di miglioramento della qualità percepita         | Implementazione delle attività correttive individuate a seguito di analisi dei questionari 353W del 2021, incluse azioni del Piano Hospitality                                                                                | Relazioni periodiche da parte del Responsabile del Gruppo di Lavoro ad hoc sull'avvenuto adempimento di tutte le azioni a carico della U.O. | Rilevazione sistematica attraverso verbalizzazioni di riunioni                                     | Responsabile GdL                                            | 5   | Esito positivo verifiche con attribuzione percentuale dell'entità delle attività implementate                                                                                                                                                                               | 5   |
| 17 | Chirurgico | Chirurgia Generale ad Indirizzo Oncologico | Flussi informativi                                         | Aggiornamento tempestivo delle giacenze di reparto, del personale assegnato al Centro di Costo, della chiusura SDO, SDA ed ambulatoriali, del fabbisogno di beni e servizi                                                    | Assenza di contestazioni per mancato adempimento                                                                                            | Assenza contestazioni                                                                              | Controllo di Gestione con contributo Farmacia, AGRU e NCI   | 2,5 | SI/No da riscontri dei verificatori                                                                                                                                                                                                                                         | 2,5 |
| 18 | Chirurgico | Chirurgia Generale ad Indirizzo Oncologico | Transizione digitale                                       | Implementazione di tutte le azioni a carico della U.O. per l'avvio della Cartella Elettronica, del MOSS e della formazione di base all'uso delle PdL (sistema operativo, impostazioni, mail, text editor, foglio elettronico) | Esiti attività a carico della U.O. e superamento corsi                                                                                      | Assenza contestazioni e superamento corsi                                                          | Responsabile Transizione Digitale e Responsabile Formazione | 5   | SI/No da riscontri dei verificatori                                                                                                                                                                                                                                         | 5   |
| 19 | Chirurgico | Chirurgia Generale ad Indirizzo Oncologico | Trasparenza ed anticorruzione: controllo/azioni correttive | Implementazione delle attività a carico della U.O.                                                                                                                                                                            | Relazione a carico del RPACT                                                                                                                | Relazione                                                                                          | RPACT                                                       | 5   | SI/No da riscontri dei verificatori                                                                                                                                                                                                                                         | 5   |
| 20 | Chirurgico | Chirurgia Generale ad Indirizzo Oncologico | Benessere organizzativo e pari opportunità                 | Implementazione delle attività a carico della U.O.                                                                                                                                                                            | Relazione del Referente CUG                                                                                                                 | Assenza contestazioni                                                                              | Referente CUG                                               | 5   | SI/No da riscontri dei verificatori                                                                                                                                                                                                                                         | 5   |

25.7.2022

Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" - Bari  
Codice Istituto 160-901  
Viale O. Flacco, 65 - 70124 BARI  
Dr. EUSTACHIO RUGGIERI  
Codice Individuale: 639999  
S.C. di Chirurgia Generale  
ad Indirizzo Oncologico



ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II"  
I.R.C.C.S. BARI  
Direttore Generale  
Avv. Alessandro DELLE DONNE  


| N. | Dipartimento | Struttura                                                    | Tipologia obiettivi                                                                                                      | Dettaglio                                                                                                                                                                           | Indicatore                                                                                                                                                                | Target                                                                                                    | Verificatore                      | Peso max | Modalità di verifica                                                                                                                                   | Peso IGBSC |
|----|--------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 1  | Medico       | Oncologia Medica per la Presa in Carico Globale del Paziente | Obiettivi relativi alla conservazione dell'equilibrio economico: «incremento del ricavo».and/or.«contenimento dei costi» | Efficientamento delle procedure di esecuzione delle infusioni chemioterapiche                                                                                                       | Aumento delle infusioni chemioterapiche del 5%                                                                                                                            | Nchem.2022 >= 1,05* Nchem.2021                                                                            | Controllo di Gestione             | 10       | Punteggio P=0 se Nchem.2021 >= Nchem.2022, P=(Nchem.2022-Nchem.2021)/Nchem.2021/5%*Pmax se Nchem.2021 < Nchem.2022 <= Nchem.2021*1,05, altrimenti Pmax | 25         |
| 2  | Medico       | Oncologia Medica per la Presa in Carico Globale del Paziente | Obiettivi relativi alla conservazione dell'equilibrio economico: «incremento del ricavo».and/or.«contenimento dei costi» | Contenimento dei costi di farmaci e dispositivi (escluso file F)                                                                                                                    | Rispetto delle procedure per l'uso di off-label, del budget su prodotti mirati indicati dalla SC Farmacia                                                                 | Rispetto procedure, Spesa <= Budget                                                                       | Farmacia                          | 5        | P1+P2, P1=2 in caso di rispetto procedure, altrimenti P1=0, P2=3 in caso di rispetto budget assegnato, altrimenti P2=0                                 |            |
| 3  | Medico       | Oncologia Medica per la Presa in Carico Globale del Paziente | Obiettivi relativi alla conservazione dell'equilibrio economico: «incremento del ricavo».and/or.«contenimento dei costi» | Contenimento entro i termini di legge del ricorso al lavoro in regime di straordinario                                                                                              | Spesa per lavoro straordinario                                                                                                                                            | Spesa straordinari <= budget straordinari                                                                 | AGRU                              | 5        | P=5 se Spesa<=Budget, P=0 se Spesa > Budget                                                                                                            |            |
| 4  | Medico       | Oncologia Medica per la Presa in Carico Globale del Paziente | Obiettivi connessi al potenziamento della ricerca traslazionale e dell'attività di ricerca in generale                   | Pubblicazioni                                                                                                                                                                       | Impact Factor normalizzato                                                                                                                                                | IF2022 >= IF2021 + 5%                                                                                     | Direzione Scientifica             | 5        | Punteggio P=0 se IF2021 >= IF2022, P=(IF2022-IF2021)/IF2021/5%*Pmax se IF2021 < IF2022 <= IF2021*1,05, altrimenti Pmax                                 | 15         |
| 5  | Medico       | Oncologia Medica per la Presa in Carico Globale del Paziente | Obiettivi connessi al potenziamento della ricerca traslazionale e dell'attività di ricerca in generale                   | Partecipazione ai workshop dell'innovazione ed audit di verifica Intellectual Property                                                                                              | Attestazioni presenza                                                                                                                                                     | Partecipazione                                                                                            | Ufficio Trasferimento Tecnologico | 3        | SI/No attestazioni presenza                                                                                                                            |            |
| 6  | Medico       | Oncologia Medica per la Presa in Carico Globale del Paziente | Obiettivi connessi al potenziamento della ricerca traslazionale e dell'attività di ricerca in generale                   | Presentazione di almeno 1 lavoro a meeting nazionale ed in caso di avvenuta approvazione di un programma di RC predisposizione di un cronoprogramma di impiego fondi e suo rispetto | Presentazione cronoprogramma del Progetto di RC entro 1° settembre, Audit di verifica della sua implementazione, Evidenza di un lavoro presentato ad un meeting nazionale | Esito positivo audit di verifica                                                                          | Direzione Scientifica             | 3        | SI/No verbalizzazione audit                                                                                                                            |            |
| 7  | Medico       | Oncologia Medica per la Presa in Carico Globale del Paziente | Obiettivi connessi al potenziamento della ricerca traslazionale e dell'attività di ricerca in generale                   | Presentazione di almeno 1 progetto su base competitiva da sottoporre a finanziatori esterni da parte del Dipartimento                                                               | Trasmissione del progetto alla Direzione Scientifica secondo il format definito da quest'ultima                                                                           | Esito positivo audit di verifica                                                                          | Direzione Scientifica             | 4        | SI/No verbalizzazione audit                                                                                                                            | 25         |
| 8  | Medico       | Oncologia Medica per la Presa in Carico Globale del Paziente | Obiettivi di miglioramento organizzativo                                                                                 | Riduzione Liste d'attesa - Esecuzione attività di competenza per attivazione procedure C.Or.O.                                                                                      | Relazioni periodiche da parte del Responsabile del Gruppo di Lavoro ad hoc sull'avvenuto adempimento di tutte le azioni a carico della U.O.                               | Rilevazione sistematica attraverso verbalizzazioni di riunioni                                            | Responsabile C.Or.O.              | 10       | Esito positivo verifiche con attribuzione percentuale dell'entità delle attività implementate                                                          |            |
| 9  | Medico       | Oncologia Medica per la Presa in Carico Globale del Paziente | Obiettivi di miglioramento organizzativo                                                                                 | Partecipazione al Team Multidisciplinari costante                                                                                                                                   | Attestazione di avvenuta partecipazione da parte Responsabile del Gruppo di Lavoro ad hoc sull'avvenuto adempimento a tutte le azioni a carico della U.O.                 | Presenze superiori al 95% al netto di eventuali esenzioni da parte del Team Leader                        | Leader Team Multidisciplinare     | 5        | P = Pmax * (X assenze sui Teams / X incontri dei Teams)/5%                                                                                             |            |
| 10 | Medico       | Oncologia Medica per la Presa in Carico Globale del Paziente | Obiettivi di miglioramento organizzativo                                                                                 | Implementazione del progetto "light-lean" presentato nel corso del 2021                                                                                                             | Rispetto del cronoprogramma concordato con i vari attori del processo                                                                                                     | Rilevazione sistematica attraverso verbalizzazioni di riunioni                                            | Controllo di Gestione             | 5        | Esito positivo verifiche con attribuzione percentuale dell'entità delle attività implementate                                                          | 25         |
| 11 | Medico       | Oncologia Medica per la Presa in Carico Globale del Paziente | Obiettivi di miglioramento organizzativo                                                                                 | Miglioramento del sistema di valutazione individuale                                                                                                                                | Distribuzione delle valutazioni del personale dipendente                                                                                                                  | Distribuzione delle valutazioni individuali in un intervallo non inferiore al 10% intorno al valore medio | AGRU                              | 5        | SI/No da riscontri dei verificatori                                                                                                                    |            |
| 12 | Medico       | Oncologia Medica per la Presa in Carico Globale del Paziente | Obiettivi concernenti il miglioramento dell'appropriatezza                                                               | Partecipazione del personale medico ai Laboratori operativi sull'appropriatezza delle metodologie di codifica e verifiche di appropriatezza                                         | Rilevazione presenze del personale nei Laboratori                                                                                                                         | 100% presenze                                                                                             | Dirigente Responsabile Formazione | 5        | Riscontro positivo da parte del Responsabile Formazione in cui le eventuali assenze siano tutte GIUSTIFICATE                                           |            |

24.7.2022

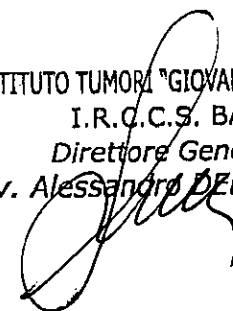
*[Firma]*

|    |        |                                                              |                                                            |                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                             |                                                                                                    |                                                             |     |                                                                                                                                                                                                                                                                    |    |
|----|--------|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 13 | Medico | Oncologia Medica per la Presa in Carico Globale del Paziente | Obiettivi concernenti il miglioramento dell'appropriatezza | Diminuzione dei ricoveri outliers                                                                                                                                                                                   | Numero dei ricoveri outliers                                                                                                                | $R.out2022 \leq 0,9 * R.out2021$                                                                   | Controllo di gestione                                       | 4   | Punteggio $P=0$ se $R.out2022 \geq R.out2021$ , $P=\frac{R.out2021 - R.out2022}{R.out2021/10\%} * Pmax$ se $R.out2021 * 0,9 < R.out2022 \leq R.out2021$ , altrimenti $Pmax$                                                                                        | 15 |
| 14 | Medico | Oncologia Medica per la Presa in Carico Globale del Paziente | Obiettivi concernenti il miglioramento dell'appropriatezza | Assenza di rilievi su inappropriate procedure/codifiche da parte del Nucleo di Controllo Interno ex DGR n. 90/2019                                                                                                  | Esecuzione di audit bimestrali post-formazione, valore del rapporto $R.app = (DRG \text{ non LEA}) / (DRG \text{ LEA})$                     | Assenza di medesimi rilievi, diminuzione dei rilievi complessivi, $R.app2022 \leq 0,8 * R.app2021$ | Responsabile NCI                                            | 6   | $P = P1 + P2 + P3$ , $P1 = 4$ in assenza medesimi rilievi, $P1 = 0$ in presenza di medesimi rilievi, $P2 = 3 * n$ , rilievi iniziali/n, rilievi a dicembre 2022, $P2 = 0$ in caso di rilievi > dell'inizio, $P3 = 3 * ((R.app2022 - R.app2021) / R.app2021) / 0,2$ |    |
| 15 | Medico | Oncologia Medica per la Presa in Carico Globale del Paziente | Obiettivi di miglioramento della qualità percepita         | Implementazione delle attività correttive individuate a seguito di analisi dei questionari SS3W del 2021, incluse azioni del Piano Hospitality                                                                      | Relazioni periodiche da parte del Responsabile del Gruppo di Lavoro ad hoc sull'avvenuto adempimento di tutte le azioni a carico della U.O. | Rilevazione sistematica attraverso verbalizzazioni di riunioni                                     | Responsabile GdL                                            | 5   | Esito positivo verifiche con attribuzione percentuale dell'entità delle attività implementate                                                                                                                                                                      | 5  |
| 16 | Medico | Oncologia Medica per la Presa in Carico Globale del Paziente | Flussi Informativi                                         | Aggiornamento tempestivo delle giacenze di reparto, del personale assegnato al Centro di Costo, della chiusura SDO, SDA ed ambulatoriali, del fabbisogno di beni e servizi                                          | Assenza di contestazioni per mancato adempimento                                                                                            | Assenza contestazioni                                                                              | Controllo di Gestione con contributo Farmacia, AGRU e NCI   | 2,5 | Sì/No da riscontri dei verificatori                                                                                                                                                                                                                                | 5  |
| 17 | Medico | Oncologia Medica per la Presa in Carico Globale del Paziente | Transizione digitale                                       | Implementazione di tutte le azioni a carico della U.O. per l'avvio della Cartella Elettronica e della formazione di base all'uso delle PdL (sistema operativo, impostazioni, mail, text editor, foglio elettronico) | Esiti attività a carico della U.O. e superamento corsi                                                                                      | Assenza contestazioni e superamento corsi                                                          | Responsabile Transizione Digitale e Responsabile Formazione | 2,5 | Sì/No da riscontri dei verificatori                                                                                                                                                                                                                                |    |
| 18 | Medico | Oncologia Medica per la Presa in Carico Globale del Paziente | Trasparenza ed anticorruzione: controllo/azioni correttive | Implementazione delle attività a carico della U.O.                                                                                                                                                                  | Relazione a carico del RPACT                                                                                                                | Relazione                                                                                          | RPACT                                                       | 5   | Sì/No da riscontri dei verificatori                                                                                                                                                                                                                                | 5  |
| 19 | Medico | Oncologia Medica per la Presa in Carico Globale del Paziente | Benessere organizzativo e pari opportunità                 | Implementazione delle attività a carico della U.O.                                                                                                                                                                  | Relazione del Referente CUG                                                                                                                 | Assenza contestazioni                                                                              | Referente CUG                                               | 5   | Sì/No da riscontri dei verificatori                                                                                                                                                                                                                                | 5  |

24.7.2022



ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II"  
I.R.C.C.S. BARI  
Direttore Generale  
Avv. Alessandro DELLE DONNE



| N. | Dipartimento | Struttura              | Tipologia obiettivi                                                                                                      | Dettaglio                                                                                                                                                                           | Indicatore                                                                                                                                                               | Target                                                                                                    | Verificatore                      | Peso max | Modalità di verifica                                                                                                                                   | Peso GBSC |
|----|--------------|------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 1  | Medico       | Tumori rari e melanoma | Obiettivi relativi alla conservazione dell'equilibrio economico: «incremento dei ricavi».and/or.«contenimento dei costi» | Efficientamento delle procedure di esecuzione delle infusioni chemioterapiche                                                                                                       | Aumento delle infusioni chemioterapiche del 5%                                                                                                                           | Nchem.2022 >= 1,05* Nchem.2021                                                                            | Controllo di Gestione             | 15       | Punteggio P=0 se Nchem.2021 >= Nchem.2022, P=(Nchem.2022-Nchem.2021)/Nchem.2021*5%*Pmax se Nchem.2021 < Nchem.2022 <= Nchem.2021*1,05, altrimenti Pmax | 25        |
| 2  | Medico       | Tumori rari e melanoma | Obiettivi relativi alla conservazione dell'equilibrio economico: «incremento dei ricavi».and/or.«contenimento dei costi» | Contenimento dei costi di farmaci e dispositivi (escluso file f)                                                                                                                    | Rispetto delle procedure per l'uso di off-label, del budget su prodotti mirati indicati dalla SC Farmacia                                                                | Rispetto procedure, Spesa <= Budget                                                                       | Farmacia                          | 5        | P1+P2, P1=2 in caso di rispetto procedure, altrimenti P1=0, P2=3 in caso di rispetto budget assegnato, altrimenti P2=0                                 |           |
| 3  | Medico       | Tumori rari e melanoma | Obiettivi relativi alla conservazione dell'equilibrio economico: «incremento dei ricavi».and/or.«contenimento dei costi» | Contenimento entro i termini di legge del ricorso al lavoro in regime di straordinario                                                                                              | Spesa per lavoro straordinario                                                                                                                                           | Spesa straordinari <= budget straordinari                                                                 | AGRU                              | 5        | P = 5 se Spesa<=Budget, P=0 se Spesa > Budget                                                                                                          |           |
| 4  | Medico       | Tumori rari e melanoma | Obiettivi connessi al potenziamento della ricerca traslazionale e dell'attività di ricerca in generale                   | Publicazioni                                                                                                                                                                        | Impact Factor normalizzato                                                                                                                                               | IF2022 >= IF2021 + 5%                                                                                     | Direzione Scientifica             | 5        | Punteggio P=0 se IF2021 >= IF2022, P=(IF2022-IF2021)/IF2021*5%*Pmax se IF2021 < IF2022 <= IF2021*1,05, altrimenti Pmax                                 | 15        |
| 5  | Medico       | Tumori rari e melanoma | Obiettivi connessi al potenziamento della ricerca traslazionale e dell'attività di ricerca in generale                   | Partecipazione al workshop dell'innovazione ed audit di verifica Intellectual Property                                                                                              | Attestazioni presenza                                                                                                                                                    | Partecipazione                                                                                            | Ufficio Trasferimento Tecnologico | 3        | Si/No attestazioni presenza                                                                                                                            |           |
| 6  | Medico       | Tumori rari e melanoma | Obiettivi connessi al potenziamento della ricerca traslazionale e dell'attività di ricerca in generale                   | Presentazione di almeno 1 lavoro a meeting nazionale ed in caso di avvenuta approvazione di un programma di RC predisposizione di un cronoprogramma di impiego fondi e suo rispetto | Presentazione cronoprogramma del Progetto di RC entro 1 settembre, Audit di verifica della sua implementazione, Evidenza di un lavoro presentato ad un meeting nazionale | Esito positivo audit di verifica                                                                          | Direzione Scientifica             | 3        | Si/No verbalizzazione audit                                                                                                                            |           |
| 7  | Medico       | Tumori rari e melanoma | Obiettivi connessi al potenziamento della ricerca traslazionale e dell'attività di ricerca in generale                   | Presentazione di almeno 1 progetto su base competitiva da sottoporre a finanziatori esterni da parte del Dipartimento                                                               | Trasmissione del progetto alla Direzione Scientifica secondo il format definito da quest'ultima                                                                          | Esito positivo audit di verifica                                                                          | Direzione Scientifica             | 4        | Si/No verbalizzazione audit                                                                                                                            | 30        |
| 8  | Medico       | Tumori rari e melanoma | Obiettivi di miglioramento organizzativo                                                                                 | Riduzione Liste d'attesa - Esecuzione attività di competenza per attivazione procedure C.Or.O.                                                                                      | Relazioni periodiche da parte del Responsabile del Gruppo di Lavoro ad hoc sull'avvenuto adempimento di tutte le azioni a carico della U.O.                              | Rilevazione sistematica attraverso verbalizzazioni di riunioni                                            | Responsabile C.Or.O.              | 15       | Esito positivo verifiche con attribuzione percentuale dell'entità delle attività implementate                                                          |           |
| 9  | Medico       | Tumori rari e melanoma | Obiettivi di miglioramento organizzativo                                                                                 | Partecipazione al Team Multidisciplinari costante                                                                                                                                   | Attestazione di avvenuta partecipazione da parte Responsabile del Gruppo di Lavoro ad hoc sull'avvenuto adempimento a tutte le azioni a carico della U.O.                | Presenze superiori al 95% al netto di eventuali esenzioni da parte del Team Leader                        | Leader Team Multidisciplinare     | 5        | P = Pmax * (X assenze sui Teams / X Incontri del Teams)/5%                                                                                             |           |
| 10 | Medico       | Tumori rari e melanoma | Obiettivi di miglioramento organizzativo                                                                                 | Implementazione del progetto "light-lean" presentato nel corso del 2021                                                                                                             | Rispetto del cronoprogramma concordato con i vari attori del processo                                                                                                    | Rilevazione sistematica attraverso verbalizzazioni di riunioni                                            | Controllo di Gestione             | 5        | Esito positivo verifiche con attribuzione percentuale dell'entità delle attività implementate                                                          |           |
| 11 | Medico       | Tumori rari e melanoma | Obiettivi di miglioramento organizzativo                                                                                 | Miglioramento del sistema di valutazione individuale                                                                                                                                | Distribuzione delle valutazioni del personale dipendente                                                                                                                 | Distribuzione delle valutazioni individuali in un intervallo non inferiore al 10% intorno al valore medio | AGRU                              | 5        | Si/No                                                                                                                                                  |           |
| 13 | Medico       | Tumori rari e melanoma | Obiettivi concernenti il miglioramento dell'appropriatezza                                                               | Partecipazione del personale medico ai Laboratori operativi sull'appropriatezza delle metodologie di codifica e verifiche di appropriatezza                                         | Rilevazione presenze del personale nei Laboratori                                                                                                                        | 100% presenze                                                                                             | Dirigente Responsabile Formazione | 5        | Riscontro positivo da parte del Responsabile Formazione in cui le eventuali assenze siano tutte GIUSTIFICATE                                           | 10        |

ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II"

I.R.C.C.S. BARI  
Direttore generale

Avv. Alessandro DELLE DONNE

25.7.2022

*Nicola Fucini*

|    |        |                        |                                                            |                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                             |                                                                                               |                                                             |     |                                                                                                                                                                                                                                             |   |
|----|--------|------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| 14 | Medico | Tumori rari e melanoma | Obiettivi concernenti il miglioramento dell'appropriatezza | Assenza di rilievi su inappropriate procedure/codifiche da parte del Nucleo di Controllo Interno ex DGR n. 90/2019                                                                                                  | Esecuzione di audit bimestrali post-formazione, valore del rapporto R.app= (DRG non LEA)/(DRG LEA)                                          | Assenza di medesimi rilievi, diminuzione dei rilievi complessivi, R.app2022 <= 0,8* R.app2021 | Responsabile NCI                                            | 5   | P = P1+P2+P3, P1 = 4 in assenza medesimi rilievi, P1 = 0 in presenza di medesimi rilievi, P2 = 3* n. rilievi iniziali/n. rilievi a dicembre 2022, P2 = 0 in caso di rilievi >= dell'inizio, P3=3* {{{R.app2022 - R.app2021}/R.app2021/0,2}} |   |
| 15 | Medico | Tumori rari e melanoma | Obiettivi di miglioramento della qualità percepita         | Implementazione delle attività correttive individuate a seguito di analisi dei questionari 353W del 2021, incluse azioni del Piano Hospitality                                                                      | Relazioni periodiche da parte del Responsabile del Gruppo di Lavoro ad hoc sull'avvenuto adempimento di tutte le azioni a carico della U.O. | Rilevazione sistematica attraverso verbalizzazioni di riunioni                                | Responsabile GdL                                            | 5   | Esito positivo verifiche con attribuzione percentuale dell'entità delle attività implementate                                                                                                                                               | 5 |
| 16 | Medico | Tumori rari e melanoma | Flussi informativi                                         | Aggiornamento tempestivo delle giacenze di reparto, del personale assegnato al Centro di Costo, della chiusura SDO, SDA ed ambulatoriali, del fabbisogno di beni e servizi                                          | Assenza di contestazioni per mancato adempimento                                                                                            | Assenza contestazioni                                                                         | Controllo di Gestione con contributo Farmacia, AGRU e NCI   | 2,5 | Si/No da riscontri dei verificatori                                                                                                                                                                                                         | 5 |
| 17 | Medico | Tumori rari e melanoma | Transizione digitale                                       | Implementazione di tutte le azioni a carico della U.O. per l'avvio della Cartella Elettronica e della formazione di base all'uso delle PdL (sistema operativo, impostazioni, mail, text editor, foglio elettronico) | Esiti attività a carico della U.O. e superamento corsi                                                                                      | Assenza contestazioni e superamento corsi                                                     | Responsabile Transizione Digitale e Responsabile Formazione | 2,5 | Si/No da riscontri dei verificatori                                                                                                                                                                                                         |   |
| 18 | Medico | Tumori rari e melanoma | Trasparenza ed anticorruzione: controllo/azioni correttive | Implementazione delle attività a carico della U.O.                                                                                                                                                                  | Relazione a carico del RPACT                                                                                                                | Relazione                                                                                     | RPACT                                                       | 5   | Si/No da riscontri dei verificatori                                                                                                                                                                                                         | 5 |
| 19 | Medico | Tumori rari e melanoma | Benessere organizzativo e pari opportunità                 | Implementazione delle attività a carico della U.O.                                                                                                                                                                  | Relazione del Referente CUG                                                                                                                 | Assenza contestazioni                                                                         | Referente CUG                                               | 5   | Si/No da riscontri dei verificatori                                                                                                                                                                                                         | 5 |

25.7.2022

*Roberto Fazio*

ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II"  
I.R.C.C.S. BARI  
Direttore Generale  
Avv. Alessandro DELLE DONNE

| N. | Dipartimento | Struttura  | Tipologia obiettivi                                                                                                      | Dettaglio                                                                                                                                                                           | Indicatore                                                                                                                                                                  | Target                                                                             | Verificatore                             | Peso max | Modalità di verifica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Peso GBSC |
|----|--------------|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 1  | Medico       | Ematologia | Obiettivi relativi alla conservazione dell'equilibrio economico: «incremento del ricavo».and/or.«contenimento dei costi» | Incremento dei trapianti autologhi di midollo al termine dei lavori di ristrutturazione delle stanze di semi-intensiva                                                              | Ricavi della produzione                                                                                                                                                     | Media mensile Ntrap.2022 >= Media mensile Ntrap.2021 + 2                           | Controllo di Gestione                    | 10       | Punteggio 0 in caso di $Ntrap_{2022} = Ntrap_{2021}$ , Punteggio 5 in caso di $Ntrap_{2022} < Ntrap_{2021} \leq Ntrap_{2021} + 0,5/mese$ , Punteggio 10 in caso di $Ntrap_{2022} + 0,5/mese < Ntrap_{2022} \leq Ntrap_{2021} + 1,2/mese$ , Punteggio 12 in caso di $Ntrap_{2022} + 1,2/mese < Ntrap_{2022} \leq Ntrap_{2021} + 2,0/mese$ , $P = 15$ se $R2022 \geq Ntrap_{2021} + 2,0/mese$ | 32,5      |
| 2  | Medico       | Ematologia | Obiettivi relativi alla conservazione dell'equilibrio economico: «incremento del ricavo».and/or.«contenimento dei costi» | Efficientamento delle procedure di esecuzione delle infusioni chemioterapiche                                                                                                       | Aumento delle infusioni chemioterapiche del 5%                                                                                                                              | $Nchem.2022 \geq 1,05 * Nchem.2021$                                                | Controllo di Gestione                    | 10       | Punteggio P=0 se $Nchem.2021 \geq Nchem.2022$ , $P=(Nchem.2022 - Nchem.2021)/Nchem.2021 * 5\%$ Pmax se $Nchem.2021 < Nchem.2022 \leq Nchem.2021 * 1,05$ , altrimenti Pmax                                                                                                                                                                                                                   |           |
| 3  | Medico       | Ematologia | Obiettivi relativi alla conservazione dell'equilibrio economico: «incremento del ricavo».and/or.«contenimento dei costi» | Riduzione dei costi di degenza                                                                                                                                                      | Indice comparativo di performance (ICP), Degenza media standardizzata per case mix (DMSCM)                                                                                  | $ICP \leq 1$ ; $DMSCM \leq DMSCMR$                                                 | Responsabile Nucleo di Controllo Interno | 5        | Punteggio 0 se $ICP > 1$ and $DMSCM > DMSCMR$ , Punteggio 4 se $ICP > 1$ or $DMSCM > DMSCMR$ , Punteggio 8 se $ICP > 1$ and $DMSCM \leq DMSCMR$                                                                                                                                                                                                                                             |           |
| 4  | Medico       | Ematologia | Obiettivi relativi alla conservazione dell'equilibrio economico: «incremento del ricavo».and/or.«contenimento dei costi» | Contenimento dei costi di farmaci e dispositivi (escluso file F)                                                                                                                    | Rispetto delle procedure per l'uso di off-label, del budget su prodotti mirati indicati dalla SC Farmacia                                                                   | Rispetto procedure, Spesa <= Budget                                                | Farmacia                                 | 5        | $P1+P2$ , $P1=2$ in caso di rispetto procedure, altrimenti $P1=0$ , $P2=3$ in caso di rispetto budget assegnato, altrimenti $P2=0$                                                                                                                                                                                                                                                          | 15        |
| 5  | Medico       | Ematologia | Obiettivi relativi alla conservazione dell'equilibrio economico: «incremento del ricavo».and/or.«contenimento dei costi» | Contenimento entro i termini di legge del ricorso al lavoro in regime di straordinario                                                                                              | Spesa per lavoro straordinario                                                                                                                                              | $Spesa\ straordinario \leq budget\ straordinari$                                   | AGRU                                     | 2,5      | $P = 5$ se $Spesa \leq Budget$ , $P=0$ se $Spesa > Budget$                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |           |
| 6  | Medico       | Ematologia | Obiettivi connessi al potenziamento della ricerca traslazionale e dell'attività di ricerca in generale                   | Pubblicazioni                                                                                                                                                                       | Impact Factor normalizzato                                                                                                                                                  | $IF2022 \geq IF2021 + 5\%$                                                         | Direzione Scientifica                    | 5        | Punteggio P=0 se $IF2021 \geq IF2022$ , $P=(IF2022-IF2021)/IF2021 * 5\%$ Pmax se $IF2021 < IF2022 \leq IF2021 * 1,05$ , altrimenti Pmax                                                                                                                                                                                                                                                     |           |
| 7  | Medico       | Ematologia | Obiettivi connessi al potenziamento della ricerca traslazionale e dell'attività di ricerca in generale                   | Partecipazione ai workshop dell'innovazione ed audit di verifica Intellectual Property                                                                                              | Attestazioni presenza                                                                                                                                                       | Partecipazione                                                                     | Ufficio Trasferimento Tecnologico        | 3        | SI/No attestazioni presenza                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 22,5      |
| 8  | Medico       | Ematologia | Obiettivi connessi al potenziamento della ricerca traslazionale e dell'attività di ricerca in generale                   | Presentazione di almeno 1 lavoro a meeting nazionale ed in caso di avvenuta approvazione di un programma di RC predisposizione di un cronoprogramma di impiego fondi e suo rispetto | Presentazione cronoprogramma del Progetto di RC entro il 1 settembre, Audit di verifica della sua implementazione, Evidenza di un lavoro presentato ad un meeting nazionale | Esito positivo audit di verifica                                                   | Direzione Scientifica                    | 3        | SI/No verbalizzazione audit                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |           |
| 9  | Medico       | Ematologia | Obiettivi connessi al potenziamento della ricerca traslazionale e dell'attività di ricerca in generale                   | Presentazione di almeno 1 progetto su base competitiva da sottoporre a finanziatori esterni da parte del Dipartimento                                                               | Trasmissione del progetto alla Direzione Scientifica secondo il format definito da quest'ultima                                                                             | Esito positivo audit di verifica                                                   | Direzione Scientifica                    | 4        | SI/No verbalizzazione audit                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |           |
| 10 | Medico       | Ematologia | Obiettivi di miglioramento organizzativo                                                                                 | Riduzione Liste d'attesa - Esecuzione attività di competenza per attivazione procedure C.Or.O.                                                                                      | Relazioni periodiche da parte del Responsabile del Gruppo di Lavoro ad hoc sull'avvenuto adempimento di tutte le azioni a carico della U.O.                                 | Rilevazione sistematica attraverso verbalizzazioni di riunioni                     | Responsabile C.Or.O.                     | 2,5      | Esito positivo verifiche con attribuzione percentuale dell'entità delle attività implementate                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 22,5      |
| 11 | Medico       | Ematologia | Obiettivi di miglioramento organizzativo                                                                                 | Attivazione del Laboratorio cellulare                                                                                                                                               | Implementazione delle azioni individuate dal GdL                                                                                                                            | Rilevazione delle azioni implementate                                              | Responsabile GdL                         | 5        | SI/No da riscontri dei verificatori                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |           |
| 12 | Medico       | Ematologia | Obiettivi di miglioramento organizzativo                                                                                 | Partecipazione al Team Multidisciplinari costante                                                                                                                                   | Attestazione di avvenuta partecipazione da parte Responsabile del Gruppo di Lavoro ad hoc sull'avvenuto adempimento a tutte le azioni a carico della U.O.                   | Presenze superiori al 95% al netto di eventuali esenzioni da parte del Team Leader | Leader Team Multidisciplinare            | 5        | $P = Pmax * (Z\ assenze\ sui\ Teams / incontri\ dei\ Teams) / 5\%$                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |           |

|    |        |            |                                                            |                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                              |                                                                                                           |                                                             |     |                                                                                                                                                                                                                                                                         |    |
|----|--------|------------|------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 13 | Medico | Ematologia | Obiettivi di miglioramento organizzativo                   | Implementazione del progetto "light-lean" presentato nel corso del 2021                                                                                                                                             | Rispetto del cronoprogramma concordato con i vari attori del processo                                                                        | Rilevazione sistematica attraverso verbalizzazioni di riunioni                                            | Controllo di Gestione                                       | 5   | Esito positivo verifiche con attribuzione percentuale dell'entità delle attività implementate                                                                                                                                                                           |    |
| 14 | Medico | Ematologia | Obiettivi di miglioramento organizzativo                   | Miglioramento del sistema di valutazione individuale                                                                                                                                                                | Distribuzione delle valutazioni del personale dipendente                                                                                     | Distribuzione delle valutazioni individuali in un intervallo non inferiore al 10% intorno al valore medio | AGRU                                                        | 5   | Si/No                                                                                                                                                                                                                                                                   |    |
| 15 | Medico | Ematologia | Obiettivi concernenti il miglioramento dell'appropriatezza | Partecipazione del personale medico ai laboratori operativi sull'appropriatezza delle metodologie di codifica e verifiche di appropriatezza                                                                         | Rilevazione presenze del personale nei laboratori                                                                                            | 100% presenze                                                                                             | Dirigente Responsabile Formazione                           | 3   | Riscontro positivo da parte del Responsabile Formazione in cui le eventuali assenze siano tutte GIUSTIFICATE                                                                                                                                                            |    |
| 16 | Medico | Ematologia | Obiettivi concernenti il miglioramento dell'appropriatezza | Diminuzione dei ricoveri outliers                                                                                                                                                                                   | Numero dei ricoveri outliers                                                                                                                 | $R.out2022 \leq 0,9 * R.out2021$                                                                          | Controllo di gestione                                       | 2   | Punteggio $P=0$ se $R.out2022 \geq R.out2021$ , $P=\frac{R.out2021 - R.out2022}{R.out2021/10\%}$ se $R.out2021 * 0,9 < R.out2022 \leq R.out2021$ , altrimenti $P_{max}$                                                                                                 | 10 |
| 17 | Medico | Ematologia | Obiettivi concernenti il miglioramento dell'appropriatezza | Assenza di rilievi su inappropriate procedure/codifiche da parte del Nucleo di Controllo Interno ex DGR n. 90/2019 e monitoraggio R.app = DRG non LEA / DRG LEA                                                     | Esecuzione di audit bimestrali post-formazione, valore del rapporto $R.app = (DRG \text{ non LEA}) / (DRG \text{ LEA})$                      | Assenza di medesimi rilievi, diminuzione dei rilievi complessivi, $R.app2022 \leq 0,8 * R.app2021$        | Responsabile NCI                                            | 5   | $P = P1 + P2 + P3$ , $P1 = 4$ in assenza medesimi rilievi, $P1 = 0$ in presenza di medesimi rilievi, $P2 = 3^* n$ , rilievi iniziali/n. rilievi a dicembre 2022, $P2 = 0$ in caso di rilievi $\geq$ dell'inizio, $P3 = 3^* \frac{R.app2022 - R.app2021}{R.app2021/0,2}$ |    |
| 18 | Medico | Ematologia | Obiettivi di miglioramento della qualità percepita         | Implementazione delle attività correttive individuate a seguito di analisi dei questionari 353W del 2021, incluse azioni del Piano Hospitality                                                                      | Relazioni periodiche da parte del Responsabile del Gruppo di Lavoro ad hoc sull'eventuale adempimento di tutte le azioni a carico della U.O. | Rilevazione sistematica attraverso verbalizzazioni di riunioni                                            | Responsabile GdL                                            | 5   | Esito positivo verifiche con attribuzione percentuale dell'entità delle attività implementate                                                                                                                                                                           | 5  |
| 19 | Medico | Ematologia | Flussi informativi                                         | Aggiornamento tempestivo delle giacenze di reparto, del personale assegnato al Centro di Costo, della chiusura SDO, SDA ed ambulatoriali, del fabbisogno di beni e servizi                                          | Assenza di contestazioni per mancato adempimento                                                                                             | Assenza contestazioni                                                                                     | Controllo di Gestione con contributo Farmacia, AGRU e NCI   | 2,5 | Si/No da riscontri dei verificatori                                                                                                                                                                                                                                     | 5  |
| 20 | Medico | Ematologia | Transizione digitale                                       | Implementazione di tutte le azioni a carico della U.O. per l'avvio della Cartella Elettronica e della formazione di base all'uso delle PdL (sistema operativo, impostazioni, mail, text editor, foglio elettronico) | Esiti attività a carico della U.O. e superamento corsi                                                                                       | Assenza contestazioni e superamento corsi                                                                 | Responsabile Transizione Digitale e Responsabile Formazione | 2,5 | Si/No da riscontri dei verificatori                                                                                                                                                                                                                                     |    |
| 21 | Medico | Ematologia | Trasparenza ed anticorruzione: controllo/azioni correttive | Implementazione delle attività a carico della U.O.                                                                                                                                                                  | Relazione a carico del RPACT                                                                                                                 | Relazione                                                                                                 | RPACT                                                       | 5   | Si/No da riscontri dei verificatori                                                                                                                                                                                                                                     | 5  |
| 22 | Medico | Ematologia | Benessere organizzativo e pari opportunità                 | Implementazione delle attività a carico della U.O.                                                                                                                                                                  | Relazione del Referente CUG                                                                                                                  | Assenza contestazioni                                                                                     | Referente CUG                                               | 5   | Si/No da riscontri dei verificatori                                                                                                                                                                                                                                     | 5  |

27.7.2022

*Alessandro*

ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II"  
I.R.C.C.S. BARI  
Direttore Generale  
Avv. Alessandro DELLE DONNE

| N°  | Dipartimento | Struttura        | Tipologia obiettivi                                                                                                      | Dettaglio                                                                                                                                                                           | Indicatore                                                                                                                                                                                    | Target                                                                                                    | Verificatore                             | Peso max | Modalità di verifica                                                                                                                                   | Peso GBSC |
|-----|--------------|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 1.  | Medico       | Oncologia Medica | Obiettivi relativi alla conservazione dell'equilibrio economico: «incremento del ricavo».and/or.«contenimento dei costi» | Efficientamento delle procedure di esecuzione delle infusioni chemioterapiche                                                                                                       | Aumento delle infusioni chemioterapiche del 5%                                                                                                                                                | Nchem.2022 >= 1,05* Nchem.2021                                                                            | Controllo di Gestione                    | 10       | Punteggio P=0 se Nchem.2021 >= Nchem.2022, P=(Nchem.2022-Nchem.2021)/Nchem.2021/5%*Pmax se Nchem.2021 < Nchem.2022 <= Nchem.2021*1,05, altrimenti Pmax | 25        |
| 2.  | Medico       | Oncologia Medica | Obiettivi relativi alla conservazione dell'equilibrio economico: «incremento del ricavo».and/or.«contenimento dei costi» | Riduzione dei costi di degenza                                                                                                                                                      | Indice comparativo di performance (ICP). Degenza media standardizzata per case mix (DMSCM)                                                                                                    | ICP<=1; DMSCM<=DMSCMR                                                                                     | Responsabile Nucleo di Controllo Interno | 5        | Punteggio 0 se ICP>1.and.DMSCM>DMSCMR, Punteggio 4 se ICP>=1.or.DMSCM<=DMSCMR,Punteggio 8 se ICP>=1.and.DMSCM<=DMSCMR,                                 |           |
| 3.  | Medico       | Oncologia Medica | Obiettivi relativi alla conservazione dell'equilibrio economico: «incremento del ricavo».and/or.«contenimento dei costi» | Contenimento dei costi di farmaci e dispositivi (escluso file F)                                                                                                                    | Rispetto delle procedure per l'uso di off-label, del budget su prodotti mirati indicati dalla SC Farmacia                                                                                     | Rispetto procedure, Spesa <= Budget                                                                       | Farmacia                                 | 5        | P1+P2, P1=2 in caso di rispetto procedure, altrimenti P1=0, P2=3 in caso di rispetto budget assegnato, altrimenti P2=0                                 |           |
| 4.  | Medico       | Oncologia Medica | Obiettivi relativi alla conservazione dell'equilibrio economico: «incremento del ricavo».and/or.«contenimento dei costi» | Contenimento entro i termini di legge del ricorso al lavoro in regime di straordinario                                                                                              | Spesa per lavoro straordinario                                                                                                                                                                | Spesa straordinari <= budget straordinari                                                                 | AGRU                                     | 5        | P= 5 se Spesa<=Budget, P=0 se Spesa > Budget                                                                                                           |           |
| 5.  | Medico       | Oncologia Medica | Obiettivi connessi al potenziamento della ricerca traslazionale e dell'attività di ricerca in generale                   | Pubblicazioni                                                                                                                                                                       | Impact Factor normalizzato                                                                                                                                                                    | IF2022 >= IF2021 + 5%                                                                                     | Direzione Scientifica                    | 5        | Punteggio P=0 se IF2021 >= IF2022, P=((IF2022-IF2021)/IF2021/5%*Pmax se IF2021 < IF2022 <= IF2021*1,05, altrimenti Pmax                                | 15        |
| 6.  | Medico       | Oncologia Medica | Obiettivi connessi al potenziamento della ricerca traslazionale e dell'attività di ricerca in generale                   | Partecipazione ai workshop dell'innovazione ed audit di verifica Intellectual Property                                                                                              | Attestazioni presenza                                                                                                                                                                         | Partecipazione                                                                                            | Ufficio Trasferimento Tecnologico        | 3        | S/No attestazioni presenza                                                                                                                             |           |
| 7.  | Medico       | Oncologia Medica | Obiettivi connessi al potenziamento della ricerca traslazionale e dell'attività di ricerca in generale                   | Presentazione di almeno 1 lavoro a meeting nazionale ed in caso di avvenuta approvazione di un programma di RC predisposizione di un cronoprogramma di Impiego fondi e suo rispetto | Presentazione cronoprogramma del Progetto di RC entro 15 gg dall'avvenuta approvazione, Audit di verifica della sua implementazione, Evidenza di un lavoro presentato ad un meeting nazionale | Esito positivo audit di verifica                                                                          | Direzione Scientifica                    | 3        | S/No verbalizzazione audit                                                                                                                             |           |
| 8.  | Medico       | Oncologia Medica | Obiettivi connessi al potenziamento della ricerca traslazionale e dell'attività di ricerca in generale                   | Presentazione di almeno 1 progetto su base competitiva da sottoporre a finanziatori esterni da parte del Dipartimento                                                               | Trasmissione del progetto alla Direzione Scientifica secondo il format definito da quest'ultima                                                                                               | Esito positivo audit di verifica                                                                          | Direzione Scientifica                    | 4        | S/No verbalizzazione audit                                                                                                                             |           |
| 9.  | Medico       | Oncologia Medica | Obiettivi di miglioramento organizzativo                                                                                 | Riduzione Liste d'attesa - Esecuzione attività di competenza per attivazione procedure C.Or.O.                                                                                      | Relazioni periodiche da parte del Responsabile del Gruppo di Lavoro ad hoc sull'avvenuto adempimento di tutte le azioni a carico della U.O.                                                   | Rilevazione sistematica attraverso verbalizzazioni di riunioni                                            | Responsabile C.Or.O.                     | 10       | Esito positivo verifiche con attribuzione percentuale dell'entità delle attività implementate                                                          | 25        |
| 10. | Medico       | Oncologia Medica | Obiettivi di miglioramento organizzativo                                                                                 | Partecipazione al Team Multidisciplinari costante                                                                                                                                   | Attestazione di avvenuta partecipazione da parte Responsabile del Gruppo di Lavoro ad hoc sull'avvenuto adempimento a tutte le azioni a carico della U.O.                                     | Presenze superiori al 95% al netto di eventuali esenzioni da parte del Team Leader                        | Leader Team Multidisciplinare            | 5        | P = Pmax * (X assente sui Teams / X incontri dei Teams)/5%                                                                                             |           |
| 11. | Medico       | Oncologia Medica | Obiettivi di miglioramento organizzativo                                                                                 | Implementazione del progetto "light-lean" presentato nel corso del 2021                                                                                                             | Rispetto del cronoprogramma concordato con i vari attori del processo                                                                                                                         | Rilevazione sistematica attraverso verbalizzazioni di riunioni                                            | Controllo di Gestione                    | 5        | Esito positivo verifiche con attribuzione percentuale dell'entità delle attività implementate                                                          |           |
| 12. | Medico       | Oncologia Medica | Obiettivi di miglioramento organizzativo                                                                                 | Miglioramento del sistema di valutazione individuale                                                                                                                                | Distribuzione delle valutazioni del personale dipendente                                                                                                                                      | Distribuzione delle valutazioni individuali in un intervallo non inferiore al 10% intorno al valore medio | AGRU                                     | 5        | S/No secondo report verificatori                                                                                                                       |           |

21.7.2022

*W. Belu*

ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II"  
I.R.C.C.S. BARI  
Direttore Generale  
Avv. Alessandro DELLE DONNE

|    |        |                  |                                                            |                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                             |                                                                                                    |                                                             |     |                                                                                                                                                                                                                                                                       |    |
|----|--------|------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 13 | Medico | Oncologia Medica | Obiettivi concernenti il miglioramento dell'appropriatezza | Partecipazione del personale medico ai laboratori operativi sull'appropriatezza delle metodologie di codifica e verifiche di appropriatezza                                                                         | Rilevazione presenze del personale nei laboratori                                                                                           | 100% presenze                                                                                      | Dirigente Responsabile Formazione                           | 5   | Riscontro positivo da parte del Responsabile Formazione in cui le eventuali assenze siano tutte GIUSTIFICATE                                                                                                                                                          |    |
| 14 | Medico | Oncologia Medica | Obiettivi concernenti il miglioramento dell'appropriatezza | Diminuzione dei ricoveri outliers                                                                                                                                                                                   | Numero dei ricoveri outliers                                                                                                                | $R.out2022 \leq 0,9 * R.out2021$                                                                   | Controllo di gestione                                       | 4   | Punteggio $P=0$ se $R.out2022 \geq R.out2021$ , $P=\frac{R.out2021 - R.out2022}{R.out2021/10\%} * Pmax$ se $R.out2021 * 0,9 < R.out2022 < R.out2021$ , altrimenti $Pmax$                                                                                              | 15 |
| 15 | Medico | Oncologia Medica | Obiettivi concernenti il miglioramento dell'appropriatezza | Assenza di rilievi su inappropriate procedure/codifiche da parte del Nucleo di Controllo Interno ex DGR n. 90/2019 e monitoraggio R.app = DRG non LEA / DRG LEA                                                     | Esecuzione di audit bimestrali: post-formazione, valore del rapporto R.app = (DRG non LEA)/(DRG LEA)                                        | Assenza di medesimi rilievi, diminuzione dei rilievi complessivi, $R.app2022 \leq 0,8 * R.app2021$ | Responsabile NCI                                            | 6   | $P = P1 + P2 + P3$ , $P1 = 4$ in assenza medesimi rilievi, $P1 = 0$ in presenza di medesimi rilievi, $P2 = 3 * n$ rilievi iniziali/n. rilievi a dicembre 2022, $P2 = 0$ in caso di rilievi $\geq$ dell'inizio, $P3 = 3 * \{[(R.app2022 - R.app2021)/R.app2021]/0,2\}$ |    |
| 16 | Medico | Oncologia Medica | Obiettivi di miglioramento della qualità percepita         | Implementazione delle attività correttive individuate a seguito di analisi dei questionari 353W del 2021, incluse azioni del Piano Hospitality                                                                      | Relazioni periodiche da parte del Responsabile del Gruppo di Lavoro ad hoc sull'avvenuto adempimento di tutte le azioni a carico della U.O. | Rilevazione sistematica attraverso verbalizzazioni di riunioni                                     | Responsabile GdL                                            | 5   | Esito positivo verifiche con attribuzione percentuale dell'entità delle attività implementate                                                                                                                                                                         | 5  |
| 17 | Medico | Oncologia Medica | Flussi informativi                                         | Aggiornamento tempestivo delle giacenze di reparto, del personale assegnato al Centro di Costo, della chiusura SDO, SDA ed ambulatoriali, del fabbisogno di beni e servizi                                          | Assenza di contestazioni per mancato adempimento                                                                                            | Assenza contestazioni                                                                              | Controllo di Gestione con contributo Farmacia, AGRU e NCI   | 2,5 | Si/No da riscontri dei verificatori                                                                                                                                                                                                                                   |    |
| 18 | Medico | Oncologia Medica | Transizione digitale                                       | Implementazione di tutte le azioni a carico della U.O. per l'avvio della Cartella Elettronica e della formazione di base all'uso delle PdL (sistema operativo, impostazioni, mail, text editor, foglio elettronico) | Esiti attività a carico della U.O. e superamento corsi                                                                                      | Assenza contestazioni e superamento corsi                                                          | Responsabile Transizione Digitale e Responsabile Formazione | 2,5 | Si/No da riscontri dei verificatori                                                                                                                                                                                                                                   | 5  |
| 19 | Medico | Oncologia Medica | Trasparenza ed anticorruzione: controllo/azioni correttive | Implementazione delle attività a carico della U.O.                                                                                                                                                                  | Relazione a carico del RPACT                                                                                                                | Relazione                                                                                          | RPACT                                                       | 5   | Si/No da riscontri dei verificatori                                                                                                                                                                                                                                   | 5  |
| 20 | Medico | Oncologia Medica | Benessere organizzativo e pari opportunità                 | Implementazione delle attività a carico della U.O.                                                                                                                                                                  | Relazione del Referente CUG                                                                                                                 | Assenza contestazioni                                                                              | Referente CUG                                               | 5   | Si/No da riscontri dei verificatori                                                                                                                                                                                                                                   | 5  |

21.7.2022

*[Handwritten signature]*

ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II"  
I.R.C.C.S. BARI  
Direttore Generale  
Avv. Alessandro DELLE DONNE

| N. | Dipartimento | Struttura                                   | Tipologia obiettivi                                                                                                      | Dettaglio                                                                                                                                                                           | Indicatore                                                                                                                                                                                    | Target                                                                                                    | Verificatore                             | Peso max | Modalità di verifica                                                                                                                                   | Peso GBSC |
|----|--------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 1  | Medico       | Oncologia Medica per la Patologia Polmonare | Obiettivi relativi alla conservazione dell'equilibrio economico: «incremento dei ricavi» and/or «contenimento dei costi» | Efficientamento delle procedure di esecuzione delle infusioni chemioterapiche                                                                                                       | Aumento delle infusioni chemioterapiche del 5%                                                                                                                                                | Nchem.2022 >= 1,05* Nchem.2021                                                                            | Controllo di Gestione                    | 10       | Punteggio P=0 se Nchem.2021 >= Nchem.2022, P=(Nchem.2022-Nchem.2021)/Nchem.2021/5%*Pmax se Nchem.2021 < Nchem.2022 <= Nchem.2021*1,05, altrimenti Pmax | 25        |
| 2  | Medico       | Oncologia Medica per la Patologia Polmonare | Obiettivi relativi alla conservazione dell'equilibrio economico: «incremento dei ricavi» and/or «contenimento dei costi» | Riduzione dei costi di degenza                                                                                                                                                      | Indice comparativo di performance (ICP), Degenza media standardizzata per case mix (DMSCM)                                                                                                    | ICP<=1; DMSCM<=DMSCMR                                                                                     | Responsabile Nucleo di Controllo Interno | 5        | Punteggio 0 se ICP>1 and DMSCM>DMCMR, Punteggio 4 se ICP>=1 or DMSCM<=DMCMR, Punteggio 8 se ICP>=1 and DMSCM<=DMCMR                                    |           |
| 3  | Medico       | Oncologia Medica per la Patologia Polmonare | Obiettivi relativi alla conservazione dell'equilibrio economico: «incremento dei ricavi» and/or «contenimento dei costi» | Contenimento dei costi di farmaci e dispositivi (escluso file f)                                                                                                                    | Rispetto delle procedure per l'uso di off-label, del budget su prodotti mirati indicati dalla SC Farmacia                                                                                     | Rispetto procedure, Spesa <= Budget                                                                       | Farmacia                                 | 5        | P1+P2, P1=2 in caso di rispetto procedure, altrimenti P1=0, P2=3 in caso di rispetto budget assegnato, altrimenti P2=0                                 |           |
| 4  | Medico       | Oncologia Medica per la Patologia Polmonare | Obiettivi relativi alla conservazione dell'equilibrio economico: «incremento dei ricavi» and/or «contenimento dei costi» | Contenimento entro i termini di legge del ricorso al lavoro in regime di straordinario                                                                                              | Spesa per lavoro straordinario                                                                                                                                                                | Spesa straordinari <= budget straordinari                                                                 | AGRU                                     | 5        | P=5 se Spesa<=Budget, P=0 se Spesa > Budget                                                                                                            |           |
| 5  | Medico       | Oncologia Medica per la Patologia Polmonare | Obiettivi connessi al potenziamento della ricerca traslazionale e dell'attività di ricerca in generale                   | Publicazioni                                                                                                                                                                        | Impact Factor normalizzato                                                                                                                                                                    | IF2022 >= IF2021                                                                                          | Direzione Scientifica                    | 5        | Punteggio P=0 se IF2021, altrimenti Pmax                                                                                                               | 15        |
| 6  | Medico       | Oncologia Medica per la Patologia Polmonare | Obiettivi connessi al potenziamento della ricerca traslazionale e dell'attività di ricerca in generale                   | Partecipazione al workshop dell'innovazione ed audit di verifica Intellectual Property                                                                                              | Attestazioni presenza                                                                                                                                                                         | Partecipazione                                                                                            | Ufficio Trasferimento Tecnologico        | 3        | SI/No attestazioni presenza                                                                                                                            |           |
| 7  | Medico       | Oncologia Medica per la Patologia Polmonare | Obiettivi connessi al potenziamento della ricerca traslazionale e dell'attività di ricerca in generale                   | Presentazione di almeno 1 lavoro a meeting nazionale ed in caso di avvenuta approvazione di un programma di RC predisposizione di un cronoprogramma di impiego fondi e suo rispetto | Presentazione cronoprogramma del Progetto di RC entro 15 gg dall'avvenuta approvazione, Audit di verifica della sua implementazione, Evidenza di un lavoro presentato ad un meeting nazionale | Esito positivo audit di verifica                                                                          | Direzione Scientifica                    | 3        | SI/No verbalizzazione audit                                                                                                                            |           |
| 8  | Medico       | Oncologia Medica per la Patologia Polmonare | Obiettivi connessi al potenziamento della ricerca traslazionale e dell'attività di ricerca in generale                   | Presentazione di almeno 1 progetto su base competitiva da sottoporre a finanziamento                                                                                                | Trasmissione del progetto secondo il format prestabilito                                                                                                                                      | Esito positivo audit di verifica                                                                          | Direzione Scientifica                    | 4        | SI/No verbalizzazione audit                                                                                                                            |           |
| 9  | Medico       | Oncologia Medica per la Patologia Polmonare | Obiettivi di miglioramento organizzativo                                                                                 | Riduzione Liste d'attesa - Esecuzione attività di competenza per attivazione procedure C.Or.O.                                                                                      | Relazioni periodiche da parte del Responsabile del Gruppo di Lavoro ad hoc sull'avvenuto adempimento di tutte le azioni a carico della U.O.                                                   | Rilevazione sistematica attraverso verbalizzazioni di riunioni                                            | Responsabile C.Or.O.                     | 10       | Esito positivo verifiche con attribuzione percentuale dell'entità delle attività implementate                                                          | 25        |
| 10 | Medico       | Oncologia Medica per la Patologia Polmonare | Obiettivi di miglioramento organizzativo                                                                                 | Partecipazione al Team Multidisciplinari costante                                                                                                                                   | Attestazione di avvenuta partecipazione da parte Responsabile del Gruppo di Lavoro ad hoc sull'avvenuto adempimento a tutte le azioni a carico della U.O.                                     | Presenze superiori al 95% al netto di eventuali esenzioni da parte del Team Leader                        | Leader Team Multidisciplinare            | 5        | P = Pmax * (Σ assenze sui Teams / Σ incontri dei Teams)/5%                                                                                             |           |
| 11 | Medico       | Oncologia Medica per la Patologia Polmonare | Obiettivi di miglioramento organizzativo                                                                                 | Implementazione del progetto "light-lean" presentato nel corso del 2021                                                                                                             | Rispetto del cronoprogramma concordato con i vari attori del processo                                                                                                                         | Rilevazione sistematica attraverso verbalizzazioni di riunioni                                            | Controllo di Gestione                    | 5        | Esito positivo verifiche con attribuzione percentuale dell'entità delle attività implementate                                                          |           |
| 12 | Medico       | Oncologia Medica per la Patologia Polmonare | Obiettivi di miglioramento organizzativo                                                                                 | Miglioramento del sistema di valutazione individuale                                                                                                                                | Distribuzione delle valutazioni del personale dipendente                                                                                                                                      | Distribuzione delle valutazioni individuali in un intervallo non inferiore al 10% intorno al valore medio | AGRU                                     | 5        | SI/No                                                                                                                                                  |           |

23.7.2022

Viale G. Cesare, 55 - 70124 Bari  
SSD Oncologia Medica per la Patologia Polmonare  
Cod. Ist. 180-901  
Cod. Inst. 605587

ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II"  
I.R.C.C.S. BARI  
Direttore Generale  
Avv. Alessandro DELLE DONNE

|    |        |                                             |                                                            |                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                             |                                                                                                    |                                                             |     |                                                                                                                                                                                                                                                                         |    |
|----|--------|---------------------------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 13 | Medico | Oncologia Medica per la Patologia Polmonare | Obiettivi concernenti il miglioramento dell'appropriatezza | Partecipazione del personale medico ai Laboratori operativi sull'appropriatezza delle metodologie di codifica e verifiche di appropriatezza                                                                         | Rilevazione presenze del personale nei Laboratori                                                                                           | 100% presenze                                                                                      | Dirigente Responsabile Formazione                           | 5   | Riscontro positivo da parte del Responsabile Formazione in cui le eventuali assenze siano tutte GIUSTIFICATE                                                                                                                                                            |    |
| 14 | Medico | Oncologia Medica per la Patologia Polmonare | Obiettivi concernenti il miglioramento dell'appropriatezza | Diminuzione dei ricoveri outliers                                                                                                                                                                                   | Numero dei ricoveri outliers                                                                                                                | $R.out2022 \leq 0,9 * R.out2021$                                                                   | Controllo di gestione                                       | 4   | Punteggio $P=0$ se $R.out2022 \geq R.out2021$ , $P=1$ se $(R.out2021 - R.out2022) / R.out2021 \leq 10\%$ , $P=2$ se $R.out2021 * 0,9 < R.out2022 \leq R.out2021$ , altrimenti $P_{max}$                                                                                 | 15 |
| 15 | Medico | Oncologia Medica per la Patologia Polmonare | Obiettivi concernenti il miglioramento dell'appropriatezza | Assenza di rilievi su inappropriate procedure/codifiche da parte del Nucleo di Controllo Interno ex DGR n. 90/2019 e monitoraggio R.app = DRG non LEA / DRG LEA                                                     | Esecuzione di audit biestrali post-formazione, valore del rapporto R.app = (DRG non LEA) / (DRG LEA)                                        | Assenza di medesimi rilievi, diminuzione dei rilievi complessivi, R.app2022 $\leq 0,8 * R.app2021$ | Responsabile NCI                                            | 6   | $P = P1 + P2 + P3$ , $P1 = 4$ in assenza medesimi rilievi, $P1 = 0$ in presenza di medesimi rilievi, $P2 = 3 * n$ , rilievi iniziali/n, rilievi a dicembre 2022, $P2 = 0$ in caso di rilievi $\geq$ dell'inizio, $P3 = 3 * ((R.app2022 - R.app2021) / R.app2021) / 0,2$ |    |
| 16 | Medico | Oncologia Medica per la Patologia Polmonare | Obiettivi di miglioramento della qualità percepita         | Implementazione delle attività correttive individuate a seguito di analisi dei questionari 353W del 2021, incluse azioni del Piano Hospitality                                                                      | Relazioni periodiche da parte del Responsabile del Gruppo di Lavoro ad hoc sull'avvenuto adempimento di tutte le azioni a carico della U.O. | Rilevazione sistematica attraverso verbalizzazioni di riunioni                                     | Responsabile GdL                                            | 5   | Esito positivo verifiche con attribuzione percentuale dell'entità delle attività implementate                                                                                                                                                                           | 5  |
| 17 | Medico | Oncologia Medica per la Patologia Polmonare | Flussi Informativi                                         | Aggiornamento tempestivo delle giacenze di reparto, del personale assegnato al Centro di Costo, della chiusura SDO, SDA ed ambulatoriali, del fabbisogno di beni e servizi                                          | Assenza di contestazioni per mancato adempimento                                                                                            | Assenza contestazioni                                                                              | Controllo di Gestione con contributo Farmacia, AGRU e NCI   | 2,5 | SI/No da riscontri dei verificatori                                                                                                                                                                                                                                     | 5  |
| 18 | Medico | Oncologia Medica per la Patologia Polmonare | Transizione digitale                                       | Implementazione di tutte le azioni a carico della U.O. per l'avvio della Cartella Elettronica e della formazione di base all'uso delle PdL (sistema operativo, impostazioni, mail, text editor, foglio elettronico) | Esiti attività a carico della U.O. e superamento corsi                                                                                      | Assenza contestazioni e superamento corsi                                                          | Responsabile Transizione Digitale e Responsabile Formazione | 2,5 | SI/No da riscontri dei verificatori                                                                                                                                                                                                                                     |    |
| 19 | Medico | Oncologia Medica per la Patologia Polmonare | Trasparenza ed anticorruzione: controllo/azioni correttive | Implementazione delle attività a carico della U.O.                                                                                                                                                                  | Relazione a carico del RPACT                                                                                                                | Relazione                                                                                          | RPACT                                                       | 5   | SI/No da riscontri dei verificatori                                                                                                                                                                                                                                     | 5  |
| 20 | Medico | Oncologia Medica per la Patologia Polmonare | Benessere organizzativo e pari opportunità                 | Implementazione delle attività a carico della U.O.                                                                                                                                                                  | Relazione del Referente CUG                                                                                                                 | Assenza contestazioni                                                                              | Referente CUG                                               | 5   | SI/No da riscontri dei verificatori                                                                                                                                                                                                                                     | 5  |

23.7.2022

IRCCS Istituto Oncologico "Giovanni Paolo II"  
Dott. Riccardo Ficini, S.D.  
Dott. Domenico  
SSD Oncologia Medica per la Patologia Toracica  
Cod. let. 160-901 C.I. Ind. 839567

ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II"  
I.R.C.C.S. BARI  
Direttore Generale  
Avv. Alessandro DELLE DONNE

| N. | Dipartimento                       | Struttura                   | Tipologia obiettivi                                                                                                      | Dettaglio                                                                                                                                                                           | Indicatore                                                                                                                                                                                    | Target                                                                                                    | Verificatore                      | Peso max | Modalità di verifica                                                                                                                                                                                                                                             | Peso GBSC |
|----|------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 1  | Diagnostica e Terapia per Immagini | Radiodiagnostica senologica | Obiettivi relativi alla conservazione dell'equilibrio economico: «incremento dei ricavi».and/or.«contenimento dei costi» | Procedure diagnostiche di supporto all'attività del C.Or.O. entro i Service Level Agreements previsti dal GdL C.Or.O.. In particolare implementazione dell'attività in COR e-Health | Rispetto delle tempistiche concordate                                                                                                                                                         | Tempi entro i termini concordati nel 90% dei casi                                                         | Controllo di Gestione             | 15       | Punteggio 0 in caso di % T>=T.conc superiore al 15%, Punteggio 5 in caso di % T>=T.conc superiore al 13%, Punteggio 10 se T>=T.conc superiore al 11%, Punteggio 15 se T>=T.conc inferiore o uguale al 10%                                                        | 30        |
| 2  | Diagnostica e Terapia per Immagini | Radiodiagnostica senologica | Obiettivi relativi alla conservazione dell'equilibrio economico: «incremento dei ricavi».and/or.«contenimento dei costi» | Contenimento dei costi di farmaci e dispositivi (escluso file F)                                                                                                                    | Rispetto del budget su prodotti mirati indicati dalla SC Farmacia, Produzione di una lista di dispositivi su cui procedere a rinegoziazione contrattuale                                      | Spesa <= Budget, Trasmissione lista entro 1° settembre                                                    | Controllo di Gestione             | 7,5      | P=P1+P2+P3, P1=2 in caso di avvenuta trasmissione lista prodotti entro i tempi previsti altrimenti 0, P2=1 in caso di avvenuta rinegoziazione positiva di almeno un prodotto in lista altrimenti 0, P3=4,5 in caso di rispetto budget assegnato, altrimenti P2=0 |           |
| 3  | Diagnostica e Terapia per Immagini | Radiodiagnostica senologica | Obiettivi relativi alla conservazione dell'equilibrio economico: «incremento dei ricavi».and/or.«contenimento dei costi» | Contenimento entro i termini di legge del ricorso al lavoro in regime di straordinario                                                                                              | Spesa per lavoro straordinario                                                                                                                                                                | Spesa straordinari <= budget straordinari                                                                 | AGRU                              | 7,5      | P=7,5 se Spesa<=Budget, P=0 se Spesa > Budget                                                                                                                                                                                                                    |           |
| 4  | Diagnostica e Terapia per Immagini | Radiodiagnostica senologica | Obiettivi connessi al potenziamento della ricerca traslazionale e dell'attività di ricerca in generale                   | Pubblicazioni                                                                                                                                                                       | Impact Factor normalizzato                                                                                                                                                                    | IF2022 >= IF2021* + 5%                                                                                    | Direzione Scientifica             | 5        | Punteggio P=0 se IF2021* >= IF2022, P=(IF2022-IF2021*)/IF2021*/5%*Pmax se IF2021 < IF2022 <= IF2021**1,05, altrimenti Pmax                                                                                                                                       | 15        |
| 5  | Diagnostica e Terapia per Immagini | Radiodiagnostica senologica | Obiettivi connessi al potenziamento della ricerca traslazionale e dell'attività di ricerca in generale                   | Partecipazione al workshop dell'innovazione ed audit di verifica Intellectual Property                                                                                              | Attestazioni presenza                                                                                                                                                                         | Partecipazione                                                                                            | Ufficio Trasferimento Tecnologico | 3        | Si/No attestazioni presenza                                                                                                                                                                                                                                      |           |
| 6  | Diagnostica e Terapia per Immagini | Radiodiagnostica senologica | Obiettivi connessi al potenziamento della ricerca traslazionale e dell'attività di ricerca in generale                   | Presentazione di almeno 1 lavoro a meeting nazionale ed in caso di avvenuta approvazione di un programma di RC predisposizione di un cronoprogramma di impiego fondi e suo rispetto | Presentazione cronoprogramma del Progetto di RC entro 15 gg dall'avvenuta approvazione, Audit di verifica della sua implementazione, Evidenza di un lavoro presentato ad un meeting nazionale | Esito positivo audit di verifica                                                                          | Direzione Scientifica             | 3        | Si/No verbalizzazione audit                                                                                                                                                                                                                                      |           |
| 7  | Diagnostica e Terapia per Immagini | Radiodiagnostica senologica | Obiettivi connessi al potenziamento della ricerca traslazionale e dell'attività di ricerca in generale                   | Presentazione di almeno 1 progetto su base competitiva da sottoporre a finanziamento a livello dipartimentale                                                                       | Trasmissione del progetto alla Direzione Scientifica secondo il format definito da quest'ultima                                                                                               | Esito positivo audit di verifica                                                                          | Direzione Scientifica             | 4        | Si/No verbalizzazione audit                                                                                                                                                                                                                                      |           |
| 8  | Diagnostica e Terapia per Immagini | Radiodiagnostica senologica | Obiettivi di miglioramento organizzativo                                                                                 | Partecipazione al Team Multidisciplinari costante                                                                                                                                   | Attestazione di avvenuta partecipazione da parte Responsabile del Gruppo di Lavoro ad hoc sull'avvenuto adempimento a tutte le azioni a carico della U.O.                                     | Presenze superiori al 95% al netto di eventuali esenzioni da parte del Team Leader                        | Leader Team Multidisciplinare     | 5        | P = Pmax * ((X assenze sui Teams / X incontri dei Teams)/5%)                                                                                                                                                                                                     | 20        |
| 9  | Diagnostica e Terapia per Immagini | Radiodiagnostica senologica | Obiettivi di miglioramento organizzativo                                                                                 | Implementazione del progetto "light-lean" presentato nel corso del 2021                                                                                                             | Rispetto del cronoprogramma concordato con i vari attori del processo                                                                                                                         | Rilevazione sistematica attraverso verbalizzazioni di riunioni                                            | Controllo di Gestione             | 5        | Esito positivo verifiche con attribuzione percentuale dell'entità delle attività implementate                                                                                                                                                                    |           |
| 10 | Diagnostica e Terapia per Immagini | Radiodiagnostica senologica | Obiettivi di miglioramento organizzativo                                                                                 | Diminuzione dei tempi di attesa                                                                                                                                                     | Riduzione dei tempi di attesa su prima visita senologica e mammografia                                                                                                                        | T.att2022<=T.att2021                                                                                      | Dirigente R.U.L.A.                | 5        | Si/No                                                                                                                                                                                                                                                            |           |
| 11 | Diagnostica e Terapia per Immagini | Radiodiagnostica senologica | Obiettivi di miglioramento organizzativo                                                                                 | Miglioramento del sistema di valutazione individuale                                                                                                                                | Distribuzione delle valutazioni del personale dipendente                                                                                                                                      | Distribuzione delle valutazioni individuali in un intervallo non inferiore al 10% intorno al valore medio | AGRU                              | 5        | Si/No                                                                                                                                                                                                                                                            |           |
| 12 | Diagnostica e Terapia per Immagini | Radiodiagnostica senologica | Obiettivi concernenti il miglioramento dell'appropriatezza                                                               | Assenza di rilievi su inappropriate procedure/codifiche da parte del Nucleo di Controllo Interno ex DGR n. 90/2019                                                                  | Esecuzione di audit bimestrali post-formazione                                                                                                                                                | Assenza di medesimi rilievi, diminuzione dei rilievi complessivi, R.app2022 <= 0,8* R.app2021             | Responsabile NCI                  | 5        | P = P1+P2+P3, P1 = 4 in assenza medesimi rilievi, P1 = 0 in presenza di medesimi rilievi, P2 = 3* n. rilievi iniziali/n. rilievi a dicembre 2022, P2 = 0 in caso di rilievi >= dell'inizio, P3=3*(((R.app2022 - R.app2021)/R.app2021)/0,2)                       | 5         |

ISTITUTO TUMORI ROVANNI PAOLO II

I.R.C.C.S. BARI

Direttore Generale

Avv. Alessandro DELLE DONNE

25.7.2022

*[Handwritten signature]*

|    |                                    |                             |                                                            |                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                             |                                                                |                                                             |    |                                                                                               |    |
|----|------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 13 | Diagnostica e Terapia per Immagini | Radiodiagnostica senologica | Obiettivi di miglioramento della qualità percepita         | Implementazione delle attività correttive individuate a seguito di analisi dei questionari 353W del 2021, incluse azioni del Piano Hospitality                                                                       | Relazioni periodiche da parte del Responsabile del Gruppo di Lavoro ad hoc sull'avvenuto adempimento di tutte le azioni a carico della U.O. | Rilevazione sistematica attraverso verbalizzazioni di riunioni | Responsabile GdL                                            | 10 | Esito positivo verifiche con attribuzione percentuale dell'entità delle attività implementate | 10 |
| 14 | Diagnostica e Terapia per Immagini | Radiodiagnostica senologica | Flussi informativi                                         | Aggiornamento tempestivo delle giacenze di reparto, del personale assegnato al Centro di Costo, della chiusura SDO, SDA ed ambulatoriali, del fabbisogno di beni e servizi                                           | Assenza di contestazioni per mancato adempimento                                                                                            | Assenza contestazioni                                          | Controllo di Gestione con contributo Farmacia, AGRU e NCI   | 5  | Si/No da riscontri dei verificatori                                                           | 10 |
| 15 | Diagnostica e Terapia per Immagini | Radiodiagnostica senologica | Transizione digitale                                       | Implementazione di tutte le azioni a carico della U.O. per l'avvio della Cartella Elettronica e della formazione di base all'uso delle P.dL (sistema operativo, impostazioni, mail, text editor, foglio elettronico) | Esiti attività a carico della U.O. e superamento corsi                                                                                      | Assenza contestazioni e superamento corsi                      | Responsabile Transizione Digitale e Responsabile Formazione | 5  | Si/No da riscontri dei verificatori                                                           |    |
| 16 | Diagnostica e Terapia per Immagini | Radiodiagnostica senologica | Trasparenza ed anticorruzione: controllo/azioni correttive | Implementazione delle attività a carico della U.O.                                                                                                                                                                   | Relazione a carico del RPACT                                                                                                                | Relazione                                                      | RPACT                                                       | 5  | Si/No da riscontri dei verificatori                                                           | 5  |
| 17 | Diagnostica e Terapia per Immagini | Radiodiagnostica senologica | Benessere organizzativo e pari opportunità                 | Implementazione delle attività a carico della U.O.                                                                                                                                                                   | Relazione del Referente CUG                                                                                                                 | Assenza contestazioni                                          | Referente CUG                                               | 5  | Si/No da riscontri dei verificatori                                                           | 5  |

25.7.2022

*Alessandro Delle Donne*

ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II"  
I.R.C.C.S. BARI  
Direttore Generale  
Avv. Alessandro DELLE DONNE

| N. | Dipartimento                       | Struttura              | Tipologia obiettivi                                                                                                      | Dettaglio                                                                                                              | Indicatore                                                                                                                                                | Target                                                                                                    | Verificatore                       | Peso max | Modalità di verifica                                                                                                                                            | Peso GBSC |
|----|------------------------------------|------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 1  | Diagnostica e Terapia per Immagini | Radiologia diagnostica | Obiettivi relativi alla conservazione dell'equilibrio economico: «incremento del ricavo» and/or «contenimento dei costi» | Aumento della produzione di CTI a seguito dell'avvenuta introduzione della seconda modalità diagnostica                | Numero di prestazioni CTI                                                                                                                                 | $PCTI.2002 \geq PCTI.2021 * 1,10$                                                                         | Controllo di Gestione              | 15       | Punteggio P=0 se $PCTI.2021 \geq PCTI.2022$ , $P=(PCTI.2022 - PCTI.2021)/PCTI.2021/10\% * Pmax$ se $PCTI.2021 < PCTI.2022 < PCTI.2021 * 1,10$ , altrimenti Pmax | 30        |
| 2  | Diagnostica e Terapia per Immagini | Radiologia diagnostica | Obiettivi relativi alla conservazione dell'equilibrio economico: «incremento del ricavo» and/or «contenimento dei costi» | Nuova gara in service degli Iniettori dei Mezzi di Contrasto                                                           | Produzione della specifica tecnica necessaria alla documentazione di gara                                                                                 | Consegna documentazione all'Area Gestione Patrimonio                                                      | Direttore Area Gestione Patrimonio | 10       | Si/No attestazione consegna                                                                                                                                     |           |
| 3  | Diagnostica e Terapia per Immagini | Radiologia diagnostica | Obiettivi relativi alla conservazione dell'equilibrio economico: «incremento del ricavo» and/or «contenimento dei costi» | Contenimento entro i termini di legge del ricorso al lavoro in regime di straordinario                                 | Spesa per lavoro straordinario                                                                                                                            | Spesa straordinari $\leq$ budget straordinari                                                             | AGRU                               | 5        | $P = 5$ se Spesa $\leq$ Budget, $P = 0$ se Spesa $>$ Budget                                                                                                     |           |
| 4  | Diagnostica e Terapia per Immagini | Radiologia diagnostica | Obiettivi connessi al potenziamento della ricerca traslazionale e dell'attività di ricerca in generale                   | Pubblicazioni                                                                                                          | Impact Factor normalizzato                                                                                                                                | $IF2022 \geq IF2021 * 5\%$                                                                                | Direzione Scientifica              | 7        | Punteggio P=0 se $IF2021 * \geq IF2022$ , $P=(IF2022 - IF2021)/IF2021/5\% * Pmax$ se $IF2021 < IF2022 < IF2021 * 1,05$ , altrimenti Pmax                        | 17        |
| 5  | Diagnostica e Terapia per Immagini | Radiologia diagnostica | Obiettivi connessi al potenziamento della ricerca traslazionale e dell'attività di ricerca in generale                   | Partecipazione al workshop dell'innovazione ed audit di verifica Intellectual Property                                 | Attestazioni presenza                                                                                                                                     | Partecipazione                                                                                            | Ufficio Trasferimento Tecnologico  | 3        | Si/No attestazioni presenza                                                                                                                                     |           |
| 6  | Diagnostica e Terapia per Immagini | Radiologia diagnostica | Obiettivi connessi al potenziamento della ricerca traslazionale e dell'attività di ricerca in generale                   | Programma di RC predisposizione di un cronoprogramma di impiego fondi e suo rispetto                                   | Presentazione cronoprogramma del Progetto di RC entro 1 settembre                                                                                         | Esito positivo audit di verifica                                                                          | Direzione Scientifica              | 3        | Si/No verbalizzazione audit                                                                                                                                     |           |
| 7  | Diagnostica e Terapia per Immagini | Radiologia diagnostica | Obiettivi connessi al potenziamento della ricerca traslazionale e dell'attività di ricerca in generale                   | Presentazione di almeno 1 progetto su base competitiva da sottoporre a finanziamento esterno da parte del Dipartimento | Trasmissione del progetto alla Direzione Scientifica secondo il format definito da quest'ultima                                                           | Esito positivo audit di verifica                                                                          | Direzione Scientifica              | 4        | Si/No verbalizzazione audit                                                                                                                                     | 25        |
| 8  | Diagnostica e Terapia per Immagini | Radiologia diagnostica | Obiettivi di miglioramento organizzativo                                                                                 | Riduzione Liste d'attesa - Revisione delle agende in termini di tempi di esecuzione delle prestazioni                  | Revisione agende, Aumento commisurato delle prestazioni                                                                                                   | Documentazione attestante la revisione                                                                    | Dirigente R.U.L.A.                 | 10       | Si/No attestazione                                                                                                                                              |           |
| 9  | Diagnostica e Terapia per Immagini | Radiologia diagnostica | Obiettivi di miglioramento organizzativo                                                                                 | Partecipazione ai Team Multidisciplinari costante                                                                      | Attestazione di avvenuta partecipazione da parte Responsabile del Gruppo di Lavoro ad hoc sull'avvenuto adempimento a tutte le azioni a carico della U.O. | Presenze superiori al 95% al netto di eventuali esenzioni da parte del Team Leader                        | Leader Team Multidisciplinare      | 5        | $P = Pmax * (E \text{ assenze sui Teams} / I \text{ incontri dei Teams}) / 5\%$                                                                                 |           |
| 10 | Diagnostica e Terapia per Immagini | Radiologia diagnostica | Obiettivi di miglioramento organizzativo                                                                                 | Implementazione del progetto "light-lean" presentato nel corso del 2021                                                | Rispetto del cronoprogramma concordato con i vari attori del processo                                                                                     | Rilevazione sistematica attraverso verbalizzazioni di riunioni                                            | Controllo di Gestione              | 5        | Esito positivo verifiche con attribuzione percentuale dell'entità delle attività implementate                                                                   | 6         |
| 11 | Diagnostica e Terapia per Immagini | Radiologia diagnostica | Obiettivi di miglioramento organizzativo                                                                                 | Miglioramento del sistema di valutazione individuale                                                                   | Distribuzione delle valutazioni del personale dipendente                                                                                                  | Distribuzione delle valutazioni individuali in un intervallo non inferiore al 10% intorno al valore medio | AGRU                               | 5        | Si/No                                                                                                                                                           |           |
| 12 | Diagnostica e Terapia per Immagini | Radiologia diagnostica | Obiettivi concernenti il miglioramento dell'appropriatezza                                                               | Diminuzione dei Tempi di attesa                                                                                        | Rispetto delle previsioni dei tempi di attesa in base alla tipologia di prescrizione                                                                      | Report da CUP                                                                                             | RULA                               | 6        | $Pmax \leq 95\%$ delle prescrizioni erogate nei tempi altrimenti -1 ogni punto percentuale inferiore                                                            |           |

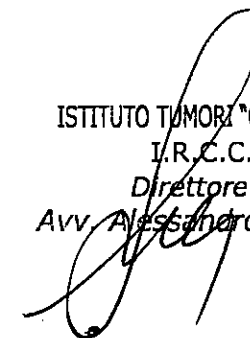
ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II"  
I.R.C.C.S. BARI  
Direttore Generale  
Avv. Alessandro DELLE DONNE

|    |                                    |                        |                                                            |                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                             |                                                                |                                                             |   |                                                                                               |   |
|----|------------------------------------|------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| 13 | Diagnostica e Terapia per Immagini | Radiologia diagnostica | Obiettivi di miglioramento della qualità percepita         | Implementazione delle attività correttive individuate a seguito di analisi dei questionari 353W del 2021, incluse azioni del Piano Hospitality                                                                      | Relazioni periodiche da parte del Responsabile del Gruppo di Lavoro ad hoc sull'avvenuto adempimento di tutte le azioni a carico della U.O. | Rilevazione sistematica attraverso verbalizzazioni di riunioni | Responsabile GdL                                            | 6 | Esito positivo verifiche con attribuzione percentuale dell'entità delle attività implementate | 6 |
| 14 | Diagnostica e Terapia per Immagini | Radiologia diagnostica | Flussi informativi                                         | Aggiornamento tempestivo delle giacenze di reparto, del personale assegnato al Centro di Costo, della chiusura SDO, SDA ed ambulatoriali, del fabbisogno di beni e servizi                                          | Assenza di contestazioni per mancato adempimento                                                                                            | Assenza contestazioni                                          | Controllo di Gestione con contributo Farmacia, AGRU e NCI   | 3 | SI/No da riscontri dei verificatori                                                           | 6 |
| 15 | Diagnostica e Terapia per Immagini | Radiologia diagnostica | Transizione digitale                                       | Implementazione di tutte le azioni a carico della U.O. per l'avvio della Cartella Elettronica e della formazione di base all'uso delle PdL (sistema operativo, impostazioni, mail, text editor, foglio elettronico) | Esiti attività a carico della U.O. e superamento corsi                                                                                      | Assenza contestazioni e superamento corsi                      | Responsabile Transizione Digitale e Responsabile Formazione | 3 | SI/No da riscontri dei verificatori                                                           |   |
| 16 | Diagnostica e Terapia per Immagini | Radiologia diagnostica | Trasparenza ed anticorruzione: controllo/azioni correttive | Implementazione delle attività a carico della U.O.                                                                                                                                                                  | Relazione a carico del RPACT                                                                                                                | Relazione                                                      | RPACT                                                       | 5 | SI/No da riscontri dei verificatori                                                           | 5 |
| 17 | Diagnostica e Terapia per Immagini | Radiologia diagnostica | Benessere organizzativo e pari opportunità                 | Implementazione delle attività a carico della U.O.                                                                                                                                                                  | Relazione del Referente CUG                                                                                                                 | Assenza contestazioni                                          | Referente CUG                                               | 5 | SI/No da riscontri dei verificatori                                                           | 5 |

23.7.2022



ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II"  
I.R.C.C.S. BARI  
Direttore Generale  
Avv. Alessandro DELLE DONNE



| N° | Dipartimento                       | Struttura        | Tipologia obiettivi                                                                                                      | Dettaglio                                                                                                                                                                                                                                       | Indicatore                                                                                                                                                                                    | Target                                                                                                    | Verificatore                                                | Peso max | Modalità di verifica                                                                                                                                                | Peso GSSC |
|----|------------------------------------|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 1  | Diagnostica e Terapia per Immagini | Fisica Sanitaria | Obiettivi relativi alla conservazione dell'equilibrio economico: «incremento del ricavo» and/or «contenimento dei costi» | Adeguate supporto alla RT in termini di elaborazione del PdT ed incremento delle prestazioni di alta specialità (IGRT) del 5%                                                                                                                   | Rilevazione della produzione                                                                                                                                                                  | $P_{q2022} \geq P_{q2021} * 1,05$                                                                         | Controllo di Gestione                                       | 25       | $P=0$ in caso di $P_{q2022} \leq P_{q2021}$ , $P=(P_{q2022}-P_{q2021})/P_{q2021} * P_{max}$ se $P_{q2021} < P_{q2022} \leq 1,05 * P_{q2021}$ , altrimenti $P_{max}$ | 25        |
| 2  | Diagnostica e Terapia per Immagini | Fisica Sanitaria | Obiettivi connessi al potenziamento della ricerca traslazionale e dell'attività di ricerca in generale                   | Pubblicazioni                                                                                                                                                                                                                                   | Impact Factor normalizzato                                                                                                                                                                    | $IF2022 \geq \text{Soglia } IF2021 * 10\%$                                                                | Direzione Scientifica                                       | 5        | Punteggio $P=0$ se $IF2021 \geq IF2022$ , $P=(IF2022-IF2021)/IF2021 * 5\% * P_{max}$ se $IF2021 < IF2022 \leq IF2021 * 1,05$ , altrimenti $P_{max}$                 | 15        |
| 3  | Diagnostica e Terapia per Immagini | Fisica Sanitaria | Obiettivi connessi al potenziamento della ricerca traslazionale e dell'attività di ricerca in generale                   | Partecipazione ai workshop dell'innovazione ed audit di verifica Intellectual Property                                                                                                                                                          | Attestazioni presenza                                                                                                                                                                         | Partecipazione                                                                                            | Ufficio Trasferimento Tecnologico                           | 3        | Si/No attestazioni presenza                                                                                                                                         |           |
| 4  | Diagnostica e Terapia per Immagini | Fisica Sanitaria | Obiettivi connessi al potenziamento della ricerca traslazionale e dell'attività di ricerca in generale                   | Presentazione di almeno 1 lavoro a meeting nazionale ed in caso di avvenuta approvazione di un programma di RC predisposizione di un cronoprogramma di impiego fondi e suo rispetto                                                             | Presentazione cronoprogramma del Progetto di RC entro 15 gg dall'avvenuta approvazione, Audit di verifica della sua implementazione, Evidenza di un lavoro presentato ad un meeting nazionale | Esito positivo audit di verifica                                                                          | Direzione Scientifica                                       | 3        | Si/No verbalizzazione audit                                                                                                                                         |           |
| 5  | Diagnostica e Terapia per Immagini | Fisica Sanitaria | Obiettivi connessi al potenziamento della ricerca traslazionale e dell'attività di ricerca in generale                   | Presentazione di almeno 1 progetto su base competitiva da sottoporre a finanziatori esterni da parte del Dipartimento                                                                                                                           | Trasmissione del progetto alla Direzione Scientifica secondo il format definito da quest'ultima                                                                                               | Esito positivo audit di verifica                                                                          | Direzione Scientifica                                       | 4        | Si/No verbalizzazione audit                                                                                                                                         |           |
| 6  | Diagnostica e Terapia per Immagini | Fisica Sanitaria | Obiettivi di miglioramento organizzativo                                                                                 | Definizione delle specifiche tecniche per l'erogazione di terapie HDR per il tumore della prostata                                                                                                                                              | Approntamento dati tecnici, procedure e modalità operative di competenza                                                                                                                      | Relazione con specifiche tecniche entro 15 giugno                                                         | Direttore Area Gestione Tecnica                             | 5        | Si/No da riscontri dei verificatori                                                                                                                                 |           |
| 7  | Diagnostica e Terapia per Immagini | Fisica Sanitaria | Obiettivi di miglioramento organizzativo                                                                                 | Implementazione del progetto "light-lean" presentato nel corso del 2021                                                                                                                                                                         | Rispetto del cronoprogramma concordato con i vari attori del processo                                                                                                                         | Rilevazione sistematica attraverso verbalizzazioni di riunioni                                            | Controllo di Gestione                                       | 10       | Esito positivo verifiche con attribuzione percentuale dell'entità delle attività implementate                                                                       | 35        |
| 8  | Diagnostica e Terapia per Immagini | Fisica Sanitaria | Obiettivi di miglioramento organizzativo                                                                                 | Audit "valutazione della dose al paziente sottoposto a pratiche radiologiche" con verifiche di LDR, registrazione delle dosi di ogni prestazione, grado di dose sui referti, ottimizzazione dei protocolli diagnostici e verifiche terapeutiche | Partecipazione a tutte le sedute di audit previste per le UU.OO. Del Dipartimento                                                                                                             | Verbal di audit attestanti la partecipazione                                                              | Dir. Resp. Risk Management                                  | 15       | Si/No da riscontri dei verificatori                                                                                                                                 |           |
| 9  | Diagnostica e Terapia per Immagini | Fisica Sanitaria | Obiettivi di miglioramento organizzativo                                                                                 | Miglioramento del sistema di valutazione individuale                                                                                                                                                                                            | Distribuzione delle valutazioni del personale dipendente                                                                                                                                      | Distribuzione delle valutazioni individuali in un intervallo non inferiore al 10% intorno al valore medio | AGRU                                                        | 5        | Si/No da riscontri dei verificatori                                                                                                                                 |           |
| 10 | Diagnostica e Terapia per Immagini | Fisica Sanitaria | Obiettivi di miglioramento qualità percepita                                                                             | Attivazione corso "Radioprotezione del lavoratore/paziente e gestione del rischio nelle pratiche radiologiche"                                                                                                                                  | Pianificazione attività formative per tutte le UU.OO. Coinvolte in attività con radiazioni ionizzanti                                                                                         | Relazione attestante l'avvenuta attivazione del corso di formazione                                       | Dir. Resp. Formazione                                       | 10       | Si/No da riscontri dei verificatori                                                                                                                                 | 10        |
| 11 | Diagnostica e Terapia per Immagini | Fisica Sanitaria | Flussi Informativi                                                                                                       | Aggiornamento tempestivo delle giacenze di reparto, del personale assegnato al Centro di Costo, della chiusura SDO, SDA ed ambulatoriali, del fabbisogno di beni e servizi                                                                      | Assenza di contestazioni per mancato adempimento                                                                                                                                              | Assenza contestazioni                                                                                     | Controllo di Gestione con contributo Farmacia, AGRU e NCI   | 2,5      | Si/No da riscontri dei verificatori                                                                                                                                 | 5         |
| 12 | Diagnostica e Terapia per Immagini | Fisica Sanitaria | Transizione digitale                                                                                                     | Implementazione di tutte le azioni a carico della U.O. per l'uso della Cartella Elettronica e della formazione di base all'uso delle PdL (sistema operativo, impostazioni, mail, text editor, foglio elettronico)                               | Esiti attività a carico della U.O. e superamento corsi                                                                                                                                        | Assenza contestazioni e superamento corsi                                                                 | Responsabile Transizione Digitale e Responsabile Formazione | 2,5      | Si/No da riscontri dei verificatori                                                                                                                                 |           |

25.7.2022

Dulermo

ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II"  
I.R.C.C.S. BARI  
Direttore Generale  
Avv. Alessandro DELLE DONNE

|    |                                    |                  |                                                            |                                                    |                              |                       |               |   |                                     |   |
|----|------------------------------------|------------------|------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|------------------------------|-----------------------|---------------|---|-------------------------------------|---|
| 13 | Diagnostica e Terapia per Immagini | Fisica Sanitaria | Trasparenza ed anticorruzione: controllo/azioni correttive | Implementazione delle attività a carico della U.O. | Relazione a carico del RPACT | Relazione             | RPACT         | 5 | Si/No da riscontri dei verificatori | 5 |
| 14 | Diagnostica e Terapia per Immagini | Fisica Sanitaria | Benessere organizzativo e pari opportunità                 | Implementazione delle attività a carico della U.O. | Relazione del Referente CUG  | Assenza contestazioni | Referente CUG | 5 | Si/No da riscontri dei verificatori | 5 |

25.7.2022

*A. Donne*

ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II"  
I.R.C.C.S. BARI  
Direttore Generale  
Avv. Alessandro DELLE DONNE

*A. Donne*

| N.  | Dipartimento                       | Struttura               | Tipologia obiettivi                                                                                                      | Dettaglio                                                                                                                                                                           | Indicatore                                                                                                                                                                                    | Target                                                                                                                      | Verificatore                      | Peso max | Modalità di verifica                                                                                                                                                        | Peso GBSC |
|-----|------------------------------------|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 1.  | Diagnostica e Terapia per Immagini | Radioterapia oncologica | Obiettivi relativi alla conservazione dell'equilibrio economico: «incremento del ricavo».and/or.«contenimento dei costi» | Incremento delle prestazioni di alta specialità (IGRT ed ArcTherapy), del 5% Mantenimento dei livelli di produzione delle altre                                                     | Rilevazione della produzione                                                                                                                                                                  | $P_{q2022} \geq P_{q2021} * 1,05$                                                                                           | Controllo di Gestione             | 15       | $P=0$ in caso di $P_{q2022} \leq P_{q2021}$ , $P=(P_{q2022}-P_{q2021})/P_{q2021} / 5\% * P_{max}$ se $P_{q2021} < P_{q2022} \leq 1,05 * P_{q2021}$ , altrimenti $P_{max}$   | 30        |
| 2.  | Diagnostica e Terapia per Immagini | Radioterapia oncologica | Obiettivi relativi alla conservazione dell'equilibrio economico: «incremento del ricavo».and/or.«contenimento dei costi» | Contenimento dei costi di farmaci e dispositivi (escluso file F)                                                                                                                    | Rispetto del budget su prodotti mirati indicati dalla SC Farmacia, Indicazione dispositivi su cui procedere a rinegoziazione contrattuale                                                     | $Spesa \leq Budget$ ,<br>Trasmissione lista entro 1° settembre                                                              | Controllo di Gestione             | 10       | $P1+P2$ , $P1=2$ in caso di avvenuta trasmissione lista prodotti entro i tempi previsti, altrimenti $P1=0$ , $P2=3$ in caso di rispetto budget assegnato, altrimenti $P2=0$ |           |
| 3.  | Diagnostica e Terapia per Immagini | Radioterapia oncologica | Obiettivi relativi alla conservazione dell'equilibrio economico: «incremento del ricavo».and/or.«contenimento dei costi» | Contenimento entro i termini di legge del ricorso al lavoro in regime di straordinario                                                                                              | Spesa per lavoro straordinario                                                                                                                                                                | $Spesa straordinaria \leq budget straordinario$                                                                             | AGRU                              | 5        | $P=5$ se $Spesa \leq Budget$ , $P=0$ se $Spesa > Budget$                                                                                                                    |           |
| 4.  | Diagnostica e Terapia per Immagini | Radioterapia oncologica | Obiettivi connessi al potenziamento della ricerca traslazionale e dell'attività di ricerca in generale                   | Pubblicazioni                                                                                                                                                                       | Impact Factor normalizzato                                                                                                                                                                    | $IF2022 \geq 12$                                                                                                            | Direzione Scientifica             | 5        | SI/No                                                                                                                                                                       | 15        |
| 5.  | Diagnostica e Terapia per Immagini | Radioterapia oncologica | Obiettivi connessi al potenziamento della ricerca traslazionale e dell'attività di ricerca in generale                   | Partecipazione ai workshop dell'innovazione ed audit di verifica Intellectual Property                                                                                              | Attestazioni presenza                                                                                                                                                                         | Partecipazione                                                                                                              | Ufficio Trasferimento Tecnologico | 3        | SI/No attestazioni presenza                                                                                                                                                 |           |
| 6.  | Diagnostica e Terapia per Immagini | Radioterapia oncologica | Obiettivi connessi al potenziamento della ricerca traslazionale e dell'attività di ricerca in generale                   | Presentazione di almeno 1 lavoro a meeting nazionale ed in caso di avvenuta approvazione di un programma di RC predisposizione di un cronoprogramma di impiego fondi e suo rispetto | Presentazione cronoprogramma del Progetto di RC entro 15 gg dall'avvenuta approvazione, Audit di verifica della sua implementazione, Evidenza di un lavoro presentato ad un meeting nazionale | Esito positivo audit di verifica                                                                                            | Direzione Scientifica             | 3        | SI/No verbalizzazione audit                                                                                                                                                 |           |
| 7.  | Diagnostica e Terapia per Immagini | Radioterapia oncologica | Obiettivi connessi al potenziamento della ricerca traslazionale e dell'attività di ricerca in generale                   | Presentazione di almeno 1 progetto su base competitiva da sottoporre a finanziatori esterni da parte del Dipartimento                                                               | Trasmissione del progetto alla Direzione Scientifica secondo il format definito da quest'ultima                                                                                               | Esito positivo audit di verifica                                                                                            | Direzione Scientifica             | 4        | SI/No verbalizzazione audit                                                                                                                                                 | 35        |
| 8.  | Diagnostica e Terapia per Immagini | Radioterapia oncologica | Obiettivi di miglioramento organizzativo                                                                                 | Partecipazione al Team Multidisciplinari costante                                                                                                                                   | Attestazione di avvenuta partecipazione da parte Responsabile del Gruppo di Lavoro ad hoc sull'avvenuto adempimento a tutte le azioni a carico della U.O.                                     | Presenze superiori al 95% al netto di eventuali esenzioni da parte del Team Leader                                          | Leader Team Multidisciplinare     | 7,5      | $P = P_{max} * ((\text{E assenze sui Teams} / \text{E incontri dei Teams}) / 5\%)$                                                                                          |           |
| 9.  | Diagnostica e Terapia per Immagini | Radioterapia oncologica | Obiettivi di miglioramento organizzativo                                                                                 | Implementazione del progetto "light-lean" presentato nel corso del 2021                                                                                                             | Rispetto del cronoprogramma concordato con i vari attori del processo                                                                                                                         | Rilevazione sistematica attraverso verbalizzazioni di riunioni                                                              | Controllo di Gestione             | 7,5      | Esito positivo verifiche con attribuzione percentuale dell'entità delle attività implementate                                                                               |           |
| 10. | Diagnostica e Terapia per Immagini | Radioterapia oncologica | Obiettivi di miglioramento organizzativo                                                                                 | Completamento dello studio di fattibilità e delle specifiche tecniche per l'erogazione di terapie HDR                                                                               | Presentazione dello studio di fattibilità, costi, approntamento tecnici, procedure e modalità operative, verifica di remuneratività                                                           | Presentazione studio entro 31 maggio. Specifiche tecniche entro 15 giugno. Approvazione documentazione gara entro 1 luglio. | Direttore AGTSI                   | 10       | Verifica della coerenza del piano in apposito audit dipartimentale e verifica successiva della tipologia/quantità di prestazioni eseguite                                   | 35        |
| 11. | Diagnostica e Terapia per Immagini | Radioterapia oncologica | Obiettivi di miglioramento organizzativo                                                                                 | Rispetto dei tempi di attesa di cui al PRGLA                                                                                                                                        | Verifica dei tempi                                                                                                                                                                            | $T_{q2022} \leq T_{PRGLA}$                                                                                                  | RULA                              | 5        | Punteggio $P=0$ se $T_{q2022} > T_{PRGLA}$ , altrimenti $P_{max}$                                                                                                           |           |
| 12. | Diagnostica e Terapia per Immagini | Radioterapia oncologica | Obiettivi di miglioramento organizzativo                                                                                 | Audit per la valutazione della dose al paziente sottoposto a pratiche radiologiche DLgs 101/2020                                                                                    | Partecipazione alle sedute di audit                                                                                                                                                           | verbali attestanti la partecipazione                                                                                        | Risk Manager                      | 5        | SI/NO verbalizzazione audit con indicazione della partecipazione                                                                                                            |           |

28.7.2022

*Chiusura*

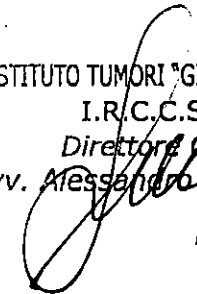
ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II"  
I.R.C.C.S. BARI  
Direttore Generale  
Avv. Alessandro DELLE DONNE

|    |                                    |                         |                                                            |                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                        |                                                                     |                                                             |     |                                     |   |
|----|------------------------------------|-------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-----|-------------------------------------|---|
| 13 | Diagnostica e Terapia per Immagini | Radioterapia oncologica | Obiettivi di miglioramento qualità                         | Attivazione corso "Radioprotezione del lavoratore/paziente e gestione del rischio nelle pratiche radiologiche"                                                                                                      | Partecipazione attività formative da parte del personale della Radioterapia Oncologica | Relazione attestante l'avvenuta attivazione del corso di formazione | Dir. Resp. Formazione                                       | 5   | SI/No da riscontri dei verificatori | 5 |
| 14 | Diagnostica e Terapia per Immagini | Radioterapia oncologica | Flussi Informativi                                         | Aggiornamento tempestivo delle giacenze di reparto, del personale assegnato al Centro di Costo, della chiusura SDO, SDA ed ambulatoriali, del fabbisogno di beni e servizi                                          | Assenza di contestazioni per mancato adempimento                                       | Assenza contestazioni                                               | Controllo di Gestione con contributo Farmacia, AGRU e NCI   | 2,5 | SI/No da riscontri dei verificatori | 5 |
| 15 | Diagnostica e Terapia per Immagini | Radioterapia oncologica | Transizione digitale                                       | Implementazione di tutte le azioni a carico della U.O. per l'avvio della Cartella Elettronica e della formazione di base all'uso delle Pdf (sistema operativo, impostazioni, mail, text editor, foglio elettronico) | Esiti attività a carico della U.O. e superamento corsi                                 | Assenza contestazioni e superamento corsi                           | Responsabile Transizione Digitale e Responsabile Formazione | 2,5 | SI/No da riscontri dei verificatori |   |
| 16 | Diagnostica e Terapia per Immagini | Radioterapia oncologica | Trasparenza ed anticorruzione: controllo/azioni correttive | Implementazione delle attività a carico della U.O.                                                                                                                                                                  | Relazione a carico del RPACT                                                           | Relazione                                                           | RPACT                                                       | 5   | SI/No da riscontri dei verificatori | 5 |
| 17 | Diagnostica e Terapia per Immagini | Radioterapia oncologica | Benessere organizzativo e pari opportunità                 | Implementazione delle attività a carico della U.O.                                                                                                                                                                  | Relazione del Referente CUG                                                            | Assenza contestazioni                                               | Referente CUG                                               | 5   | SI/No da riscontri dei verificatori | 5 |

28.7.2022



ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II"  
I.R.C.C.S. BARI  
Direttore Generale  
Avv. Messandro DELLE DONNE



| N.  | Dipartimento                       | Struttura                 | Tipologia obiettivi                                                                                                      | Dettaglio                                                                                                                                                                           | Indicatore                                                                                                                                                                                    | Target                                                                             | Verificatore                             | Peso max | Modalità di verifica                                                                                                                                                                                                                                                                                | Peso IGBSC |
|-----|------------------------------------|---------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 1.  | Diagnostica e Terapia per Immagini | Oncologia Interventistica | Obiettivi relativi alla conservazione dell'equilibrio economico: «incremento del ricavo» and/or «contenimento dei costi» | Incremento dei ricavi a seguito di avvio dell'ambulatorio di oncologia interventistica                                                                                              | Ricavi della produzione                                                                                                                                                                       | $R_{2022} \geq R_{2021} * 1,10$                                                    | Controllo di Gestione                    | 10       | Punteggio 0 in caso di $R_{2022} = R_{2021}$ , Punteggio 5 in caso di $R_{2022} < R_{2021} \leq R_{2021} * 1,3$ , Punteggio 8 in caso di $R_{2022} < R_{2021} \leq R_{2021} * 1,5$ , Punteggio 10 in caso di $R_{2022} < R_{2021} \leq R_{2021} * 2,0$ , P = 12,5 se $R_{2022} \geq R_{2021} * 2,0$ | 35         |
| 2.  | Diagnostica e Terapia per Immagini | Oncologia Interventistica | Obiettivi relativi alla conservazione dell'equilibrio economico: «incremento del ricavo» and/or «contenimento dei costi» | Efficientamento delle procedure di esecuzione delle infusioni chemioterapiche                                                                                                       | Aumento delle infusioni chemioterapiche del 5%                                                                                                                                                | $N_{chem.2022} \geq 1,05 * N_{chem.2021}$                                          | Controllo di Gestione                    | 7,5      | Punteggio P=0 se $N_{chem.2021} \geq N_{chem.2022}$ , $P=(N_{chem.2022}-N_{chem.2021})/N_{chem.2021} * 5\% * P_{max}$ se $N_{chem.2021} < N_{chem.2022} \leq N_{chem.2021} * 1,05$ , altrimenti $P_{max}$                                                                                           |            |
| 3.  | Diagnostica e Terapia per Immagini | Oncologia Interventistica | Obiettivi relativi alla conservazione dell'equilibrio economico: «incremento del ricavo» and/or «contenimento dei costi» | Riduzione dei costi di degenza                                                                                                                                                      | Indice comparativo di performance (ICP), Degenza media standardizzata per case mix (DMSCM)                                                                                                    | $ICP \leq 1$ ; $DMSCM \leq DMSCMR$                                                 | Responsabile Nucleo di Controllo Interno | 5        | Punteggio 0 se $ICP > 1$ and $DMSCM > DMSCMR$ , Punteggio 2 se $ICP \leq 1$ or $DMSCM \leq DMSCMR$ , Punteggio 5 se $ICP \geq 1$ and $DMSCM \leq DMSCMR$                                                                                                                                            |            |
| 4.  | Diagnostica e Terapia per Immagini | Oncologia Interventistica | Obiettivi relativi alla conservazione dell'equilibrio economico: «incremento del ricavo» and/or «contenimento dei costi» | Contenimento dei costi di farmaci e dispositivi (escluso file F)                                                                                                                    | Rispetto del budget su prodotti mirati indicati dalla SC Farmacia, indicazione dispositivi su cui procedere a rinegoziazione contrattuale                                                     | $Spesa \leq Budget$ , Trasmissione lista entro 1° settembre                        | Controllo di Gestione                    | 10       | $P1+P2$ , $P1=2$ in caso di avvenuta trasmissione lista prodotti entro i tempi previsti, altrimenti $P1=0$ , $P2=3$ in caso di rispetto budget assegnato, altrimenti $P2=0$                                                                                                                         |            |
| 5.  | Diagnostica e Terapia per Immagini | Oncologia Interventistica | Obiettivi relativi alla conservazione dell'equilibrio economico: «incremento del ricavo» and/or «contenimento dei costi» | Contenimento entro i termini di legge del ricorso al lavoro in regime di straordinario                                                                                              | Spesa per lavoro straordinario                                                                                                                                                                | $Spesa straordinaria \leq budget straordinari$                                     | AGRU                                     | 2,5      | $P = 2,5$ se $Spesa \leq Budget$ , $P=0$ se $Spesa > Budget$                                                                                                                                                                                                                                        |            |
| 6.  | Diagnostica e Terapia per Immagini | Oncologia Interventistica | Obiettivi connessi al potenziamento della ricerca traslazionale e dell'attività di ricerca in generale                   | Pubblicazioni                                                                                                                                                                       | Impact Factor normalizzato                                                                                                                                                                    | $IF_{2022} \geq IF_{2021} * 1,05$                                                  | Direzione Scientifica                    | 5        | Punteggio P=0 se $IF_{2021} \geq IF_{2022}$ , $P=(IF_{2022}-IF_{2021})/IF_{2021} * 5\% * P_{max}$ se $IF_{2021} < IF_{2022} \leq IF_{2021} * 1,05$ , altrimenti $P_{max}$                                                                                                                           | 15         |
| 7.  | Diagnostica e Terapia per Immagini | Oncologia Interventistica | Obiettivi connessi al potenziamento della ricerca traslazionale e dell'attività di ricerca in generale                   | Partecipazione ai workshop dell'innovazione ed audit di verifica Intellectual Property                                                                                              | Attestazioni presenza                                                                                                                                                                         | Partecipazione                                                                     | Ufficio Trasferimento Tecnologico        | 3        | SI/No attestazioni presenza                                                                                                                                                                                                                                                                         |            |
| 8.  | Diagnostica e Terapia per Immagini | Oncologia Interventistica | Obiettivi connessi al potenziamento della ricerca traslazionale e dell'attività di ricerca in generale                   | Presentazione di almeno 1 lavoro a meeting nazionale ed in caso di avvenuta approvazione di un programma di AC predisposizione di un cronoprogramma di impiego fondi e suo rispetto | Presentazione cronoprogramma del Progetto di AC entro 15 gg dall'avvenuta approvazione, Audit di verifica della sua implementazione, Evidenza di un lavoro presentato ad un meeting nazionale | Esito positivo audit di verifica                                                   | Direzione Scientifica                    | 3        | SI/No verbalizzazione audit                                                                                                                                                                                                                                                                         |            |
| 9.  | Diagnostica e Terapia per Immagini | Oncologia Interventistica | Obiettivi connessi al potenziamento della ricerca traslazionale e dell'attività di ricerca in generale                   | Presentazione di almeno 1 progetto su base competitiva da sottoporre a finanziatori esterni da parte del Dipartimento                                                               | Trasmissione del progetto alla Direzione Scientifica secondo il format definito da quest'ultima                                                                                               | Esito positivo audit di verifica                                                   | Direzione Scientifica                    | 4        | SI/No verbalizzazione audit                                                                                                                                                                                                                                                                         |            |
| 10. | Diagnostica e Terapia per Immagini | Oncologia Interventistica | Obiettivi di miglioramento organizzativo                                                                                 | Riduzione Liste d'attesa - Esecuzione attività di competenza per attivazione procedure C.Or.O.                                                                                      | Relazioni periodiche da parte del Responsabile del Gruppo di Lavoro ad hoc sull'avvenuto adempimento di tutte le azioni a carico della U.O.                                                   | Rilevazione sistematica attraverso verbalizzazioni di riunioni                     | Responsabile C.Or.O.                     | 10       | Esito positivo verifiche con attribuzione percentuale dell'entità delle attività implementate                                                                                                                                                                                                       | 20         |
| 11. | Diagnostica e Terapia per Immagini | Oncologia Interventistica | Obiettivi di miglioramento organizzativo                                                                                 | Partecipazione al Team Multidisciplinari costante                                                                                                                                   | Attestazione di avvenuta partecipazione da parte Responsabile del Gruppo di Lavoro ad hoc sull'avvenuto adempimento a tutte le azioni a carico della U.O.                                     | Presenze superiori al 95% al netto di eventuali esenzioni da parte del Team Leader | Leader Team Multidisciplinare            | 5        | $P = P_{max} * ((\text{assenze sui Teams} / \text{Z incontri dei Teams}) / 5\%)$                                                                                                                                                                                                                    |            |
| 12. | Diagnostica e Terapia per Immagini | Oncologia Interventistica | Obiettivi di miglioramento organizzativo                                                                                 | Implementazione del progetto "light-lean" presentato nel corso del 2021                                                                                                             | Rispetto del cronoprogramma concordato con i vari attori del processo                                                                                                                         | Rilevazione sistematica attraverso verbalizzazioni di riunioni                     | Controllo di Gestione                    | 5        | Esito positivo verifiche con attribuzione percentuale dell'entità delle attività implementate                                                                                                                                                                                                       |            |

28.7.2022

*[Firma]*

ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II"

I.R.C.S. BARI

Direttore Generale

4vv. Alessandro DELLE DONNE

|    |                                    |                           |                                                            |                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                             |                                                                                                    |                                                             |     |                                                                                                                                                                                                                                                                     |    |
|----|------------------------------------|---------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 13 | Diagnostica e Terapia per Immagini | Oncologia Interventistica | Obiettivi concernenti il miglioramento dell'appropriatezza | Partecipazione del personale medico ai Laboratori operativi sull'appropriatezza delle metodologie di codifica e verifiche di appropriatezza                                                                         | Rilevazione presenze del personale nei Laboratori                                                                                           | 100% presenze                                                                                      | Dirigente Responsabile Formazione                           | 3   | Riscontro positivo da parte del Responsabile Formazione in cui le eventuali assenze siano tutte GIUSTIFICATE                                                                                                                                                        | 10 |
| 14 | Diagnostica e Terapia per Immagini | Oncologia Interventistica | Obiettivi concernenti il miglioramento dell'appropriatezza | Diminuzione dei ricoveri outliers                                                                                                                                                                                   | Numero dei ricoveri outliers                                                                                                                | $R.out2022 \leq 0,9 * R.out2021$                                                                   | Controllo di gestione                                       | 2   | Punteggio $P=0$ se $R.out2022 \geq R.out2021$ , $P=1$ se $(R.out2021 - R.out2022)/R.out2021 \geq 10\%$ , $P=2$ se $R.out2021 * 0,9 < R.out2022 \leq R.out2021$ , altrimenti $P=3$                                                                                   |    |
| 15 | Diagnostica e Terapia per Immagini | Oncologia Interventistica | Obiettivi concernenti il miglioramento dell'appropriatezza | Assenza di rilievi su inappropriate procedure/codifiche da parte del Nucleo di Controllo Interno ex DGR n. 90/2019 e monitoraggio R.app = DRG non LEA / DRG LEA                                                     | Esecuzione di audit bimestrali post-formazione, valore del rapporto R.app = (DRG non LEA)/(DRG LEA)                                         | Assenza di medesimi rilievi, diminuzione dei rilievi complessivi, $R.app2022 \leq 0,8 * R.app2021$ | Responsabile NCI                                            | 5   | $P = P1 + P2 + P3$ , $P1 = 4$ in assenza medesimi rilievi, $P1 = 0$ in presenza di medesimi rilievi, $P2 = 3$ se n. rilievi iniziali/n. rilievi a dicembre 2022, $P2 = 0$ in caso di rilievi $\geq$ dell'inizio, $P3 = 3 * [(R.app2022 - R.app2021)/R.app2021/0,2]$ |    |
| 16 | Diagnostica e Terapia per Immagini | Oncologia Interventistica | Obiettivi di miglioramento della qualità percepita         | Implementazione delle attività correttive individuate a seguito di analisi dei questionari 353W del 2021, incluse azioni del Piano Hospitality                                                                      | Relazioni periodiche da parte del Responsabile del Gruppo di Lavoro ad hoc sull'avvenuto adempimento di tutte le azioni a carico della U.O. | Rilevazione sistematica attraverso verbalizzazioni di riunioni                                     | Responsabile GdL                                            | 5   | Esito positivo verifiche con attribuzione percentuale dell'entità delle attività implementate                                                                                                                                                                       | 5  |
| 17 | Diagnostica e Terapia per Immagini | Oncologia Interventistica | Flussi informativi                                         | Aggiornamento tempestivo delle gl'acenze di reparto, del personale assegnato al Centro di Costo, della chiusura SDO, SDA ed ambulatoriali, del fabbisogno di beni e servizi                                         | Assenza di contestazioni per mancato adempimento                                                                                            | Assenza contestazioni                                                                              | Controllo di Gestione con contributo Farmacia, AGRU e NCI   | 2,5 | Sì/No da riscontri dei verificatori                                                                                                                                                                                                                                 | 5  |
| 18 | Diagnostica e Terapia per Immagini | Oncologia Interventistica | Transizione digitale                                       | Implementazione di tutte le azioni a carico della U.O. per l'avvio della Cartella Elettronica e della formazione di base all'uso delle PdL (sistema operativo, impostazioni, mail, text editor, foglio elettronico) | Esiti attività a carico della U.O. e superamento corsi                                                                                      | Assenza contestazioni e superamento corsi                                                          | Responsabile Transizione Digitale e Responsabile Formazione | 2,5 | Sì/No da riscontri dei verificatori                                                                                                                                                                                                                                 |    |
| 19 | Diagnostica e Terapia per Immagini | Oncologia Interventistica | Trasparenza ed anticorruzione: controllo/azioni correttive | Implementazione delle attività a carico della U.O.                                                                                                                                                                  | Relazione a carico del RPACT                                                                                                                | Relazione                                                                                          | RPACT                                                       | 5   | Sì/No da riscontri dei verificatori                                                                                                                                                                                                                                 | 5  |
| 20 | Diagnostica e Terapia per Immagini | Oncologia Interventistica | Benessere organizzativo e pari opportunità                 | Implementazione delle attività a carico della U.O.                                                                                                                                                                  | Relazione del Referente CUG                                                                                                                 | Assenza contestazioni                                                                              | Referente CUG                                               | 5   | Sì/No da riscontri dei verificatori                                                                                                                                                                                                                                 | 5  |

28.7.2022

*Manuscript*

ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II"  
I.R.C.C.S. BARI  
Direttore Generale  
Avv. Alessandro DELLE DONNE

| N° | Dipartimento | Struttura              | Tipologia obiettivi                                                                                                      | Dettaglio                                                                                                                                                                           | Indicatore                                                                                                                                                    | Target                                                                             | Verificatore                      | Peso max | Modalità di verifica                                                                                                                                                                                                                                              | Peso GBSC |
|----|--------------|------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 1  | Servizi      | Cardiologia Oncologica | Obiettivi relativi alla conservazione dell'equilibrio economico: «incremento del ricavo» and/or «contenimento dei costi» | Iniezione delle prestazioni di elettrofisiologia oncologica                                                                                                                         | Esecuzione di un numero minimo di prestazioni senza riduzione della rimanente parte del fatturato                                                             | n. prestazioni elettrofisiologia                                                   | n>20                              | 15       | Punteggio P=0 se Nprestes=0, P=Nprestes/20*Pmax se 0 < Nprestes < 20, altrimenti Pmax                                                                                                                                                                             | 25        |
| 2  | Servizi      | Cardiologia Oncologica | Obiettivi relativi alla conservazione dell'equilibrio economico: «incremento del ricavo» and/or «contenimento dei costi» | Contenimento dei costi di dispositivi                                                                                                                                               | Rispetto del budget su prodotti mirati indicati dalla SC Farmacia, indicazione dispositivi su cui procedere a rinegoziazione contrattuale                     | Spesa <= Budget, Trasmissione lista entro 1° settembre                             | Controllo di Gestione             | 5        | P=P1+P2+P3, P1=2 in caso di avvenuta trasmissione lista prodotti entro i tempi previsti altrimenti P1=0, P2=1 nel caso in cui la lista proposta conduca a riduzione dei costi unitari altrimenti P2=0, P3=2 in caso di rispetto budget assegnato, altrimenti P3=0 |           |
| 3  | Servizi      | Cardiologia Oncologica | Obiettivi relativi alla conservazione dell'equilibrio economico: «incremento del ricavo» and/or «contenimento dei costi» | Contenimento entro i termini di legge del ricorso al lavoro in regime di straordinario                                                                                              | Spesa per lavoro straordinario                                                                                                                                | Spesa straordinari <= budget straordinari                                          | AGRU                              | 5        | P=5 se Spesa<=Budget, P=0 se Spesa > Budget                                                                                                                                                                                                                       |           |
| 4  | Servizi      | Cardiologia Oncologica | Obiettivi connessi al potenziamento della ricerca traslazionale e dell'attività di ricerca in generale                   | Publicazioni                                                                                                                                                                        | Impact Factor normalizzato                                                                                                                                    | IF2022 >= IF2021* + 5%                                                             | Direzione Scientifica             | 5        | Punteggio P=0 se IF2021* >= IF2022, P=(IF2022-IF2021*)/IF2021*/5%*Pmax se IF2021 < IF2022 <= IF2021*+1,05, altrimenti Pmax                                                                                                                                        |           |
| 5  | Servizi      | Cardiologia Oncologica | Obiettivi connessi al potenziamento della ricerca traslazionale e dell'attività di ricerca in generale                   | Partecipazione ai workshop dell'innovazione ed audit di verifica Intellectual Property                                                                                              | Attestazioni presenza                                                                                                                                         | Partecipazione                                                                     | Ufficio Trasferimento Tecnologico | 3        | SI/No attestazioni presenza                                                                                                                                                                                                                                       | 15        |
| 6  | Servizi      | Cardiologia Oncologica | Obiettivi connessi al potenziamento della ricerca traslazionale e dell'attività di ricerca in generale                   | Presentazione di almeno 1 lavoro a meeting nazionale ed in caso di avvenuta approvazione di un programma di RC predisposizione di un cronoprogramma di impiego fondi e suo rispetto | Presentazione cronoprogramma del Progetto di RC entro il 1° settembre e suo rispetto, Evidenza di un lavoro presentato ad un meeting nazionale                | Esito positivo audit di verifica                                                   | Direzione Scientifica             | 3        | SI/No verbalizzazione audit                                                                                                                                                                                                                                       |           |
| 7  | Servizi      | Cardiologia Oncologica | Obiettivi connessi al potenziamento della ricerca traslazionale e dell'attività di ricerca in generale                   | Presentazione di almeno 1 progetto su base competitiva da sottoporre a finanziatori esterni da parte del Dipartimento                                                               | Trasmissione del progetto alla Direzione Scientifica secondo il format definito da quest'ultima                                                               | Esito positivo audit di verifica                                                   | Direzione Scientifica             | 4        | SI/No verbalizzazione audit                                                                                                                                                                                                                                       |           |
| 8  | Servizi      | Cardiologia Oncologica | Obiettivi di miglioramento organizzativo                                                                                 | Riduzione Liste d'attesa - Esecuzione attività di competenza per attivazione procedure C.Or.O.                                                                                      | Revisione agende, numero di prelievi giorno e tempi di refertazione coerenti con i vincoli previsti dal GdL C.Or.O.                                           | Attestazione                                                                       | Dirigente Responsabile C.Or.O.    | 15       | SI/No attestazione                                                                                                                                                                                                                                                |           |
| 9  | Servizi      | Cardiologia Oncologica | Obiettivi di miglioramento organizzativo                                                                                 | Partecipazione al Team Multidisciplinari costante                                                                                                                                   | Attestazione di avvenuta partecipazione da parte del Responsabile del Gruppo di Lavoro ad hoc sull'avvenuto adempimento a tutte le azioni a carico della U.O. | Presenze superiori al 95% al netto di eventuali esenzioni da parte del Team Leader | Leader Team Multidisciplinare     | 5        | P = Pmax * (Σ assenze sul Teams / Σ incontri del Teams)/5%                                                                                                                                                                                                        | 30        |
| 10 | Servizi      | Cardiologia Oncologica | Obiettivi di miglioramento organizzativo                                                                                 | Implementazione del progetto "light-lean" presentato nel corso del 2021                                                                                                             | Rispetto del cronoprogramma concordato con i vari attori del processo                                                                                         | Rilevazione sistematica attraverso verbalizzazioni di riunioni                     | Controllo di Gestione             | 5        | Esito positivo verifiche con attribuzione percentuale dell'entità delle attività implementate                                                                                                                                                                     |           |
| 11 | Servizi      | Cardiologia Oncologica | Obiettivi di miglioramento organizzativo                                                                                 | Miglioramento del sistema di valutazione individuale                                                                                                                                | Distribuzione delle valutazioni del personale dipendente intorno al valore medio                                                                              | Distribuzione superiore o uguale al 10%                                            | AGRU                              | 5        | SI/No attestazione                                                                                                                                                                                                                                                |           |
| 12 | Servizi      | Cardiologia Oncologica | Obiettivi concernenti il miglioramento dell'appropriatezza                                                               | Revisione delle condizioni in cui si procede ad autoprescrizione integrativa di prestazioni                                                                                         | Trasmissione dell'elenco al Nucleo di Controllo Interno ex DGR n. 90/2019                                                                                     | Trasmissione protocollata                                                          | Dirigente Responsabile NCI        | 5        | SI/No attestazione                                                                                                                                                                                                                                                | 5         |

I.R.C.C.S. - OSPEDALE ONCOLOGICO  
Codice Istituzionale 160-901  
Viale Orazio Flacco, 65 - 70124 BARI  
Dr. STEFANO OLIVA  
Codice Individuale 600990  
U.O.: Cardiologia

ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II"  
I.R.C.C.S. BARI  
Direttore Generale  
Avv. Alessandro DELLE DONNE

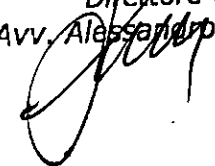
|    |         |                        |                                                            |                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                             |                                                                |                                                             |   |                                                                                               |    |
|----|---------|------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 13 | Servizi | Cardiologia Oncologica | Obiettivi di miglioramento della qualità percepita         | Implementazione delle attività correttive individuate a seguito di analisi dei questionari 353W del 2021, incluse azioni del Piano Hospitality                                                                      | Relazioni periodiche da parte del Responsabile del Gruppo di Lavoro ad hoc sull'avvenuto adempimento di tutte le azioni a carico della U.O. | Rilevazione sistematica attraverso verbalizzazioni di riunioni | Responsabile GdL                                            | 5 | Esito positivo verifiche con attribuzione percentuale dell'entità delle attività implementate | 5  |
| 14 | Servizi | Cardiologia Oncologica | Flussi informativi                                         | Aggiornamento tempestivo delle giacenze di reparto, del personale assegnato al Centro di Costo, della chiusura SDO, SDA ed ambulatoriali, del fabbisogno di beni e servizi                                          | Assenza di contestazioni per mancato adempimento                                                                                            | Assenza contestazioni                                          | Controllo di Gestione con contributo Farmacia, AGRU e NCI   | 5 | SI/No da riscontri dei verificatori                                                           | 10 |
| 15 | Servizi | Cardiologia Oncologica | Transizione digitale                                       | Implementazione di tutte le azioni a carico della U.O. per l'avvio della Cartella Elettronica e della formazione di base all'uso delle PdL (sistema operativo, impostazioni, mail, text editor, foglio elettronico) | Esiti attività a carico della U.O. e superamento corsi                                                                                      | Assenza contestazioni e superamento corsi                      | Responsabile Transizione Digitale e Responsabile Formazione | 5 | SI/No da riscontri dei verificatori                                                           |    |
| 16 | Servizi | Cardiologia Oncologica | Trasparenza ed anticorruzione: controllo/azioni correttive | Implementazione delle attività a carico della U.O.                                                                                                                                                                  | Relazione a carico del RPACT                                                                                                                | Relazione                                                      | RPACT                                                       | 5 | SI/No da riscontri dei verificatori                                                           | 5  |
| 17 | Servizi | Cardiologia Oncologica | Benessere organizzativo e pari opportunità                 | Implementazione delle attività a carico della U.O.                                                                                                                                                                  | Relazione del Referente CUG                                                                                                                 | Assenza contestazioni                                          | Referente CUG                                               | 5 | SI/No da riscontri dei verificatori                                                           | 5  |

25.7.2022

I.R.C.C.S. - OSPEDALE ONCOLOGICO  
Codice Istituto 160-901  
Viale Orazio Flacco, 65 - 70124 BARI  
Dr. STEFANO OLIVA  
Codice Individuale: 639990  
U.O. Cardiologia



ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II"  
I.R.C.C.S. BARI  
Direttore Generale  
Avv. Alessandra DELLE DONNE



| N. | Dipartimento | Struttura              | Tipologia obiettivi                                                                                                        | Dettaglio                                                                                                                                                                                                                         | Indicatore                                                                                                                                                                                  | Target                                                                             | Verificatore                      | Peso max | Modalità di verifica                                                                                                                                                                                       | Peso GBSC |
|----|--------------|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 1  | Servizi      | Diagnostica Molecolare | Obiettivi relativi alla conservazione dell'equilibrio economico: «incremento dei ricavi», and/or, «contenimento dei costi» | Redazione di un'analisi completa di tipo Activity Based Costing per la determinazione dei costi di esecuzione degli esami di diagnostica molecolare attualmente non tariffati per l'apposizione del documento a livello regionale | Analisi ABC                                                                                                                                                                                 | Redazione dell'analisi                                                             | Controllo di Gestione             | 10       | SI/No da riscontri dei verificatori                                                                                                                                                                        | 25        |
| 2  | Servizi      | Diagnostica Molecolare | Obiettivi relativi alla conservazione dell'equilibrio economico: «incremento dei ricavi», and/or, «contenimento dei costi» | Contenimento dei costi di dispositivi e reagenti: riduzione del 5% del rapporto tra costo dei reagenti e dei dispositivi e numero di prestazioni su specifiche diagnostiche                                                       | Individuazione delle diagnostiche di concerto con il Controllo di Gestione                                                                                                                  | 80% produzione della lista; 20% $(Cr+Cd)/R2022 \leq 0,95 * (Cr+Cd)/R2021$          | Controllo di Gestione             | 10       | $P = \frac{((Cr+Cd)/R)2022}{((Cr+Cd)/R)2021} \geq 1$ (Punteggio=8 se lista presente, altrimenti Punteggio=0) + $(Punteggio=0 \text{ se } ((Cr+Cd)/R)2022 > ((Cr+Cd)/R)2021 * 1,05)$ altrimenti Punteggio=2 |           |
| 3  | Servizi      | Diagnostica Molecolare | Obiettivi relativi alla conservazione dell'equilibrio economico: «incremento dei ricavi», and/or, «contenimento dei costi» | Contenimento entro i termini di legge del ricorso al lavoro in regime di straordinario                                                                                                                                            | Spesa per lavoro straordinario                                                                                                                                                              | Spesa straordinari $\leq$ budget straordinari                                      | AGRU                              | 5        | $P = 5$ se Spesa $\leq$ Budget, $P=0$ se Spesa $>$ Budget                                                                                                                                                  |           |
| 4  | Servizi      | Diagnostica Molecolare | Obiettivi connessi al potenziamento della ricerca traslazionale e dell'attività di ricerca in generale                     | Publicazioni                                                                                                                                                                                                                      | Impact Factor normalizzato                                                                                                                                                                  | $IF2022 \geq IF2021 * 1,05$                                                        | Direzione Scientifica             | 5        | Punteggio $P=0$ se $IF2021 \geq IF2022$ , $P = \frac{IF2022 - IF2021}{IF2021} / 0,05$ altrimenti $P_{max}$                                                                                                 | 15        |
| 5  | Servizi      | Diagnostica Molecolare | Obiettivi connessi al potenziamento della ricerca traslazionale e dell'attività di ricerca in generale                     | Partecipazione ai workshop dell'innovazione ed audit di verifica Intellectual Property                                                                                                                                            | Attestazioni presenza                                                                                                                                                                       | Partecipazione                                                                     | Ufficio Trasferimento Tecnologico | 3        | SI/No attestazioni presenza                                                                                                                                                                                |           |
| 6  | Servizi      | Diagnostica Molecolare | Obiettivi connessi al potenziamento della ricerca traslazionale e dell'attività di ricerca in generale                     | Emissione di un cronoprogramma per l'impiego fondi della Ricerca Corrente e suo rispetto                                                                                                                                          | Presentazione cronoprogramma del Progetto di RC entro il 31 luglio 2022 ed esecuzione di audit di verifica della sua implementazione                                                        | Esito positivo audit di verifica                                                   | Direzione Scientifica             | 3        | SI/No verbalizzazione audit                                                                                                                                                                                |           |
| 7  | Servizi      | Diagnostica Molecolare | Obiettivi connessi al potenziamento della ricerca traslazionale e dell'attività di ricerca in generale                     | Presentazione di almeno 1 progetto su base competitiva da sottoporre a finanziamento esterno                                                                                                                                      | Trasmissione del progetto anche alla Direzione Scientifica secondo il format definito dall'avviso di finanziamento                                                                          | Esito positivo audit di verifica                                                   | Direzione Scientifica             | 4        | SI/No verbalizzazione audit                                                                                                                                                                                | 25        |
| 8  | Servizi      | Diagnostica Molecolare | Obiettivi di miglioramento organizzativo                                                                                   | Riduzione Liste d'attesa - Esecuzione attività di competenza per attivazione procedure C.Or.O.                                                                                                                                    | Riduzione dei tempi di attesa per la refertazione di prestazioni richieste dal C.Or.O. ad un massimo di 10 giorni lavorativi nel 95% dei casi per specimen provenienti da attività interna. | Estrazioni dati dal database del Sistema (%Tda <sub>044</sub> )                    | Controllo di Gestione             | 10       | Punteggio $P=0$ se %Tda <sub>044</sub> $\leq 85\%$ , $P=7$ se %Tda <sub>044</sub> $\leq 90\%$ , $P=11$ se %Tda <sub>044</sub> $\leq 93\%$ , $P=15$ se %Tda <sub>044</sub> $\geq 95\%$                      |           |
| 9  | Servizi      | Diagnostica Molecolare | Obiettivi di miglioramento organizzativo                                                                                   | Partecipazione al Team Multidisciplinari costante                                                                                                                                                                                 | Attestazione di avvenuta partecipazione da parte del Responsabile del Gruppo di Lavoro ad hoc sull'avvenuto adempimento a tutte le azioni a carico della U.O.                               | Presenze superiori al 95% al netto di eventuali esenzioni da parte del Team Leader | Leader Team Multidisciplinare     | 5        | $P = P_{max} * (\frac{\text{E assenze sui Teams}}{\text{E incontri dei Teams}}) / 5\%$                                                                                                                     |           |
| 10 | Servizi      | Diagnostica Molecolare | Obiettivi di miglioramento organizzativo                                                                                   | Miglioramento del sistema di valutazione individuale                                                                                                                                                                              | Distribuzione delle valutazioni del personale dipendente intorno al valore medio                                                                                                            | Distribuzione superiore o uguale al 10%                                            | AGRU                              | 5        | SI, No su indicazione del verificatore                                                                                                                                                                     | 10        |
| 11 | Servizi      | Diagnostica Molecolare | Obiettivi di miglioramento organizzativo                                                                                   | Implementazione del progetto "light-lean" presentato nel corso del 2021                                                                                                                                                           | Rispetto del cronoprogramma concordato con i vari attori del processo                                                                                                                       | Rilevazione sistematica attraverso verbalizzazioni di riunioni                     | Controllo di Gestione             | 5        | Esito positivo verifiche con attribuzione percentuale dell'entità delle attività implementate                                                                                                              |           |
| 12 | Servizi      | Diagnostica Molecolare | Obiettivi concernenti il miglioramento dell'appropriatezza                                                                 | Revisione delle condizioni in cui si procede ad autoprescrizione integrativa di prestazioni                                                                                                                                       | Trasmissione dell'elenco al Nucleo di Controllo Interno ex DGR n. 90/2014                                                                                                                   | Trasmissione protocollata                                                          | Dirigente Responsabile NCI        | 5        | SI/No attestazione                                                                                                                                                                                         |           |

ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II"

I.R.C.C.S. BARI  
Direttore Generale

Avv. Alessandro DELLE DONNE

20.7.2022

|    |         |                        |                                                            |                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                             |                                                                                               |                                                             |   |                                                                                                                                                                                                                                                            |    |
|----|---------|------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 13 | Servizi | Diagnostica Molecolare | Obiettivi concernenti il miglioramento dell'appropriatezza | Assenza di rilievi su inappropriate procedure/codifiche da parte del Nucleo di Controllo Interno ex DGR n. 90/2019                                                                                                  | Esecuzione di audit bimestrali post-formazione                                                                                              | Assenza di medesimi rilievi, diminuzione dei rilievi complessivi. R.app2022 <= 0,8* R.app2021 | Responsabile NCI                                            | 5 | $P = P1+P2+P3$ , $P1 = 4$ in assenza medesimi rilievi, $P1 = 0$ in presenza di medesimi rilievi, $P2 = 3^*$ n. rilievi iniziale/n. rilievi a dicembre 2022, $P2 = 0$ in caso di rilievi >= dell'inizio, $P3 = 3^*$ [(R.app2022 - R.app2021)/R.app2021/0,2] |    |
| 14 | Servizi | Diagnostica Molecolare | Obiettivi di miglioramento della qualità percepita         | Implementazione delle attività correttive individuate a seguito di analisi dei questionari 353W del 2021, incluse azioni del Piano Hospitality                                                                      | Relazioni periodiche da parte del Responsabile del Gruppo di Lavoro ad hoc sull'avvenuto adempimento di tutte le azioni a carico della U.O. | Rilevazione sistematica attraverso verbalizzazioni di riunioni                                | Responsabile GdL                                            | 5 | Esito positivo verifiche con attribuzione percentuale dell'entità delle attività implementate                                                                                                                                                              | 5  |
| 15 | Servizi | Diagnostica Molecolare | Flussi informativi                                         | Aggiornamento tempestivo delle giacenze di reparto, del personale assegnato al Centro di Costo, della chiusura SDO, SDA ed ambulatoriali, del fabbisogno di beni e servizi                                          | Assenza di contestazioni per mancato adempimento                                                                                            | Assenza contestazioni                                                                         | Controllo di Gestione con contributo Farmacia, AGRU e NCI   | 5 | SI/No da riscontri dei verificatori                                                                                                                                                                                                                        | 10 |
| 16 | Servizi | Diagnostica Molecolare | Transizione digitale                                       | Implementazione di tutte le azioni a carico della U.O. per l'avvio della Cartella Elettronica e della formazione di base all'uso delle PdL (sistema operativo, impostazioni, mail, text editor, foglio elettronico) | Esiti attività a carico della U.O. e superamento corsi                                                                                      | Assenza contestazioni e superamento corsi                                                     | Responsabile Transizione Digitale e Responsabile Formazione | 5 | SI/No da riscontri dei verificatori                                                                                                                                                                                                                        |    |
| 17 | Servizi | Diagnostica Molecolare | Trasparenza ed anticorruzione: controllo/azioni correttive | Implementazione delle attività a carico della U.O.                                                                                                                                                                  | Relazione a carico del RPACT                                                                                                                | Relazione                                                                                     | RPACT                                                       | 5 | SI/No da riscontri dei verificatori                                                                                                                                                                                                                        | 5  |
| 18 | Servizi | Diagnostica Molecolare | Benessere organizzativo e pari opportunità                 | Implementazione delle attività a carico della U.O.                                                                                                                                                                  | Relazione del Referente CUG                                                                                                                 | Assenza contestazioni                                                                         | Referente CUG                                               | 5 | SI/No da riscontri dei verificatori                                                                                                                                                                                                                        | 5  |

20.7.2022

ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II"  
I.R.C.C.S. BARI  
Direttore Generale  
Avv. Alessandro DELLE DONNE

*[Handwritten signature]*

| N° | Dipartimento | Struttura           | Tipologia obiettivi                                                                                                      | Dettaglio                                                                                                                                                                                                                                                             | Indicatore                                                                                                                                                                                 | Target                                                                              | Verificatore                      | Peso max | Modalità di verifica                                                                                                                                                                                                                                           | Peso GBSC |
|----|--------------|---------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 1  | Servizi      | Anatomia Patologica | Obiettivi relativi alla conservazione dell'equilibrio economico: «incremento dei ricavi».and/or.«contenimento dei costi» | Valutazione di concerto con Area Gestione Tecnica/Ingegneria Clinica sulla congruità dei costi di utilizzo delle apparecchiature diagnostiche di proprietà che impiegano DM e/o reagenti infungibili. Eventuale conseguente rinegoziazione/annullamento dei contratti | Relazione HTA                                                                                                                                                                              | Relazione                                                                           | Controllo di Gestione             | 10       | Si/No da riscontri dei verificatori                                                                                                                                                                                                                            | 25        |
| 2  | Servizi      | Anatomia Patologica | Obiettivi relativi alla conservazione dell'equilibrio economico: «incremento dei ricavi».and/or.«contenimento dei costi» | Contenimento dei costi di dispositivi e reagenti                                                                                                                                                                                                                      | Rispetto del budget su prodotti mirati indicati dalla SC Farnacia, Produzione di una lista di dispositivi su cui procedere a rinegoziazione contrattuale                                   | Spesa <= Budget, Trasmissione lista entro 1° settembre                              | Controllo di Gestione             | 10       | P=P1+P2+P3, P1=3 in caso di avvenuta trasmissione lista prodotti entro i tempi previsti altrimenti 0, P2=2 in caso di avvenuta rinegoziazione positiva di almeno un prodotto in lista altrimenti 0, P3=5 in caso di rispetto budget assegnato, altrimenti P2=0 |           |
| 3  | Servizi      | Anatomia Patologica | Obiettivi relativi alla conservazione dell'equilibrio economico: «incremento dei ricavi».and/or.«contenimento dei costi» | Contenimento entro i termini di legge del ricorso al lavoro in regime di straordinario                                                                                                                                                                                | Spesa per lavoro straordinario                                                                                                                                                             | Spesa straordinari <= budget straordinari                                           | AGRU                              | 5        | P= 5 se Spesa<=Budget, P=0 se Spesa > Budget                                                                                                                                                                                                                   |           |
| 4  | Servizi      | Anatomia Patologica | Obiettivi connessi al potenziamento della ricerca traslazionale e dell'attività di ricerca in generale                   | Pubblicazioni                                                                                                                                                                                                                                                         | Impact Factor normalizzato (previa verifica del trend dell'ultimo triennio)                                                                                                                | IF2022 >= IF2021* + 5%                                                              | Direzione Scientifica             | 5        | Punteggio P=0 se IF2021* >= IF2022, P=(IF2022-IF2021*)/IF2021*/5%*Pmax se IF2021 < IF2022 <= IF2021**1,05, altrimenti Pmax                                                                                                                                     | 15        |
| 5  | Servizi      | Anatomia Patologica | Obiettivi connessi al potenziamento della ricerca traslazionale e dell'attività di ricerca in generale                   | Partecipazione al workshop dell'innovazione ed audit di verifica Intellectual Property                                                                                                                                                                                | Attestazioni presenza                                                                                                                                                                      | Partecipazione                                                                      | Ufficio Trasferimento Tecnologico | 3        | Si/No attestazioni presenza                                                                                                                                                                                                                                    |           |
| 6  | Servizi      | Anatomia Patologica | Obiettivi connessi al potenziamento della ricerca traslazionale e dell'attività di ricerca in generale                   | Presentazione di almeno 1 lavoro a meeting internazionale ed in caso di avvenuta approvazione di un programma di RC predisposizione di un cronoprogramma di impiego fondi e suo rispetto                                                                              | Presentazione cronoprogramma del Progetto di RC entro 1° settembre, Audit di verifica della sua implementazione, Evidenza di un lavoro presentato ad un meeting nazionale                  | Esito positivo audit di verifica                                                    | Direzione Scientifica             | 3        | Si/No verbalizzazione audit                                                                                                                                                                                                                                    |           |
| 7  | Servizi      | Anatomia Patologica | Obiettivi connessi al potenziamento della ricerca traslazionale e dell'attività di ricerca in generale                   | Presentazione di almeno 1 progetto su base competitiva da sottoporre a finanziatori esterni da parte del Dipartimento                                                                                                                                                 | Trasmissione del progetto alla Direzione Scientifica secondo il format definito da quest'ultima                                                                                            | Esito positivo audit di verifica                                                    | Direzione Scientifica             | 4        | Si/No verbalizzazione audit                                                                                                                                                                                                                                    | 30        |
| 8  | Servizi      | Anatomia Patologica | Obiettivi di miglioramento organizzativo                                                                                 | Riduzione Liste d'attesa - Esecuzione attività di competenza per attivazione procedure C.Or.O.                                                                                                                                                                        | Riduzione dei tempi di attesa per la refertazione di prestazioni richieste dal C.Or.O. ad un massimo di 7 giorni lavorativi nel 95% dei casi per specimen provenienti da attività interna. | Estrazioni dati da Database SIRAP (%Tda <sub>int</sub> )                            | Controllo di Gestione             | 10       | Punteggio P=0 se %Tda <sub>int</sub> <= 85%, P=7 se %Tda <sub>int</sub> <= 90%, P=11 se %Tda <sub>int</sub> <= 93%, P=15 se %Tda <sub>int</sub> >= 95%                                                                                                         |           |
| 9  | Servizi      | Anatomia Patologica | Obiettivi di miglioramento organizzativo                                                                                 | Riduzione Liste d'attesa - Attività di refertazione complessiva                                                                                                                                                                                                       | Riduzione dei tempi di attesa per la refertazione ad una media di 15 gg. lavorativi.                                                                                                       | Estrazioni dati da Database SIRAP (%Tda <sub>int</sub> )                            | Controllo di Gestione             | 5        | Punteggio P=0 se %Tda <sub>int</sub> <= 85%, P=2 se %Tda <sub>int</sub> <= 90%, P=4 se %Tda <sub>int</sub> <= 93%, P=5 se %Tda <sub>int</sub> >= 95%                                                                                                           |           |
| 10 | Servizi      | Anatomia Patologica | Obiettivi di miglioramento organizzativo                                                                                 | Partecipazione al Team Multidisciplinari costante                                                                                                                                                                                                                     | Attestazione di avvenuta partecipazione da parte del Responsabile del Gruppo di Lavoro ad hoc sull'avvenuto adempimento a tutte le azioni a carico della U.O.                              | Presenze superiori al 95% al netto di eventuali esenzioni da parte del Team Leader. | Leader Team Multidisciplinare     | 5        | P = Pmax * (Σ assenze sui Teams / Σ Incontri dei Teams)/5%                                                                                                                                                                                                     |           |
| 11 | Servizi      | Anatomia Patologica | Obiettivi di miglioramento organizzativo                                                                                 | Implementazione del progetto "light-lean" presentato nel corso del 2021                                                                                                                                                                                               | Rispetto del cronoprogramma concordato con i vari attori del processo                                                                                                                      | Rilevazione sistematica attraverso verbalizzazioni di riunioni                      | Controllo di Gestione             | 5        | Esito positivo verifiche con attribuzione percentuale dell'entità delle attività implementate                                                                                                                                                                  |           |
| 12 | Servizi      | Anatomia Patologica | Obiettivi di miglioramento organizzativo                                                                                 | Miglioramento del sistema di valutazione individuale                                                                                                                                                                                                                  | Distribuzione delle valutazioni del personale dipendente intorno al valore medio                                                                                                           | Distribuzione superiore o uguale al 10%                                             | AGRU                              | 5        | Si/No attestazione                                                                                                                                                                                                                                             |           |

23.7.2022

*[Firma]*

ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II"  
I.R.C.C.S. BARI  
Direttore Generale  
Avv. Alessandro DELLE DONNE

|    |         |                     |                                                            |                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                             |                                                                |                                                             |     |                                                                                                                                                                                                        |    |
|----|---------|---------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 13 | Servizi | Anatomia Patologica | Obiettivi concernenti il miglioramento dell'appropriatezza | Revisione delle condizioni in cui si procede ad autoprescrizione integrativa di prestazioni                                                                                                                         | Trasmissione dell'elenco al Nucleo di Controllo Interno ex DGR n. 90/2019                                                                   | Trasmissione protocollata                                      | Dirigente Responsabile NCI                                  | 5   | SI/No attestazione                                                                                                                                                                                     | 10 |
| 14 | Servizi | Anatomia Patologica | Obiettivi concernenti il miglioramento dell'appropriatezza | Garanzia dei tempi di consegna esame su SLN                                                                                                                                                                         | Consegna del referto all'equipe chirurgica entro 45' max dalla consegna dello specimen nel 95% dei casi                                     | %T.att.>45'<= 5%                                               | Sala operatoria                                             | 5   | Punteggio P=0 se %T.dA <sub>45'</sub> >= 10%, P=1 se 10% < %T.dA <sub>45'</sub> <= 8%, P=2 se 8% < %T.dA <sub>45'</sub> <= 6%, P=3 se 6% < %T.dA <sub>45'</sub> < 5% P=4 se %T.dA <sub>45'</sub> <= 5% |    |
| 15 | Servizi | Anatomia Patologica | Obiettivi di miglioramento della qualità percepita         | Implementazione delle attività correttive individuate a seguito di analisi dei questionari 353W del 2021, incluse azioni del Piano Hospitality                                                                      | Relazioni periodiche da parte del Responsabile del Gruppo di Lavoro ad hoc sull'avvenuto adempimento di tutte le azioni a carico della U.O. | Rilevazione sistematica attraverso verbalizzazioni di riunioni | Responsabile GdL                                            | 5   | Esito positivo verifiche con attribuzione percentuale dell'entità delle attività implementate                                                                                                          | 5  |
| 16 | Servizi | Anatomia Patologica | Flussi informativi                                         | Aggiornamento tempestivo delle giacenze di reparto, del personale assegnato al Centro di Costo, della chiusura SDO, SDA ed ambulatoriali, del fabbisogno di beni e servizi                                          | Assenza di contestazioni per mancato adempimento                                                                                            | Assenza contestazioni                                          | Controllo di Gestione con contributo Farmacia, AGRU e NCI   | 2,5 | SI/No da riscontri dei verificatori                                                                                                                                                                    | 5  |
| 17 | Servizi | Anatomia Patologica | Transizione digitale                                       | Implementazione di tutte le azioni a carico della U.O. per l'avvio della Cartella Elettronica e della formazione di base all'uso delle PdL (sistema operativo, impostazioni, mail, text editor, foglio elettronico) | Esiti attività a carico della U.O. e superamento corsi                                                                                      | Assenza contestazioni e superamento corsi                      | Responsabile Transizione Digitale e Responsabile Formazione | 2,5 | SI/No da riscontri dei verificatori                                                                                                                                                                    |    |
| 18 | Servizi | Anatomia Patologica | Trasparenza ed anticorruzione: controllo/azioni correttive | Implementazione delle attività a carico della U.O.                                                                                                                                                                  | Relazione a carico del RPACT                                                                                                                | Relazione                                                      | RPACT                                                       | 5   | SI/No da riscontri dei verificatori                                                                                                                                                                    | 5  |
| 19 | Servizi | Anatomia Patologica | Benessere organizzativo e pari opportunità                 | Implementazione delle attività a carico della U.O.                                                                                                                                                                  | Relazione del Referente CUG                                                                                                                 | Assenza contestazioni                                          | Referente CUG                                               | 5   | SI/No da riscontri dei verificatori                                                                                                                                                                    | 5  |

23.7.2022

*[Handwritten signature]*

ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II"  
I.R.C.C.S. BARI  
Direttore Generale  
Avv. Alessandro DELLE DONNE  
*[Handwritten signature]*

| N. | Dipartimento | Struttura                         | Tipologia obiettivi                                                                                                      | Dettaglio                                                                                                                                                                                                                                         | Indicatore                                                                                                                                                                                    | Target                                                         | Verificatore                       | Peso max | Modalità di verifica                                                                                                       | Peso GBS |
|----|--------------|-----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|------------------------------------|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 1  | Servizi      | Oncologia Sperimentale e Biobanca | Obiettivi relativi alla conservazione dell'equilibrio economico: «incremento del ricavi» and/or «contenimento dei costi» | Approntamento di un ambulatorio dedicato ai soggetti portatori di mutazioni geminiali accertate o probabili e definizione di criteri elettivi di pazienti a più elevato rischio di patologia oncologica di concerto con la Diagnostica Molecolare | Definizione dei criteri elettivi, promozione della sua presenza attraverso media, presenza dell'agenda                                                                                        | Attestazione                                                   | Direttore Sanitario                | 10       | SI/No attestazione                                                                                                         | 22,5     |
| 2  | Servizi      | Oncologia Sperimentale e Biobanca | Obiettivi relativi alla conservazione dell'equilibrio economico: «incremento del ricavi» and/or «contenimento dei costi» | Valutazione dei costi complessivi di mantenimento degli specimen per una più opportuna quantificazione dei compensi negli studi che ne fanno uso                                                                                                  | Relazione dell'analisi                                                                                                                                                                        | Attestazione                                                   | Controllo di Gestione              | 7,5      | SI/No attestazione                                                                                                         |          |
| 3  | Servizi      | Oncologia Sperimentale e Biobanca | Obiettivi relativi alla conservazione dell'equilibrio economico: «incremento del ricavi» and/or «contenimento dei costi» | Contenimento entro i termini di legge del ricorso al lavoro in regime di straordinario                                                                                                                                                            | Spesa per lavoro straordinario                                                                                                                                                                | Spesa straordinari <= budget straordinari                      | AGRU                               | 5        | P= 5 se Spesa<=Budget, P=0 se Spesa > Budget                                                                               |          |
| 4  | Servizi      | Oncologia Sperimentale e Biobanca | Obiettivi connessi al potenziamento della ricerca traslazionale e dell'attività di ricerca in generale                   | Pubblicazioni                                                                                                                                                                                                                                     | Impact Factor normalizzato                                                                                                                                                                    | IF2022 >= IF2021* + 5%                                         | Direzione Scientifica              | 5        | Punteggio P=0 se IF2021* >= IF2022, P=(IF2022-IF2021*)/IF2021*/5%*Pmax se IF2021 < IF2022 <= IF2021**1,05, altrimenti Pmax | 20       |
| 5  | Servizi      | Oncologia Sperimentale e Biobanca | Obiettivi connessi al potenziamento della ricerca traslazionale e dell'attività di ricerca in generale                   | Partecipazione al workshop dell'innovazione ed audit di verifica Intellectual Property                                                                                                                                                            | Attestazioni presenza                                                                                                                                                                         | Partecipazione                                                 | Ufficio Trasferimento Tecnologico  | 5        | SI/No attestazioni presenza                                                                                                |          |
| 6  | Servizi      | Oncologia Sperimentale e Biobanca | Obiettivi connessi al potenziamento della ricerca traslazionale e dell'attività di ricerca in generale                   | Presentazione di almeno 1 lavoro a meeting internazionale ed in caso di avvenuta approvazione di un programma di RC predisposizione di un cronoprogramma di impiego fondi e suo rispetto                                                          | Presentazione cronoprogramma del Progetto di RC entro 15 gg dall'avvenuta approvazione, Audit di verifica della sua implementazione, Evidenza di un lavoro presentato ad un meeting nazionale | Esito positivo audit di verifica                               | Direzione Scientifica              | 5        | SI/No verbalizzazione audit                                                                                                |          |
| 7  | Servizi      | Oncologia Sperimentale e Biobanca | Obiettivi connessi al potenziamento della ricerca traslazionale e dell'attività di ricerca in generale                   | Presentazione di almeno 1 progetto su base competitiva da sottoporre a finanziatori esterni da parte del Dipartimento                                                                                                                             | Trasmissione del progetto alla Direzione Scientifica secondo il format definito da quest'ultima                                                                                               | Esito positivo audit di verifica                               | Direzione Scientifica              | 5        | SI/No verbalizzazione audit                                                                                                | 22,5     |
| 8  | Servizi      | Oncologia Sperimentale e Biobanca | Obiettivi di miglioramento organizzativo                                                                                 | Adozione di un nuovo software di gestione della patologia, caratterizzazione tumorale e condizioni cliniche dei pazienti associati agli specimen conservati in biobanca                                                                           | Predisposizione di un capitolato per la gara                                                                                                                                                  | Consegna del capitolato per la gara                            | Direttore Area Gestione Patrimonio | 7,5      | SI/No attestazione                                                                                                         |          |
| 9  | Servizi      | Oncologia Sperimentale e Biobanca | Obiettivi di miglioramento organizzativo                                                                                 | Predisposizione di un programma attuativo per l'esecuzione di test di tipo farmacodinamico/farmacocinetico                                                                                                                                        | Relazione di programma                                                                                                                                                                        | Consegna alla Direzione Sanitaria                              | Direttore Sanitario                | 5        | SI/No attestazione                                                                                                         |          |
| 10 | Servizi      | Oncologia Sperimentale e Biobanca | Obiettivi di miglioramento organizzativo                                                                                 | Implementazione del progetto "light-lean" presentato nel corso del 2021                                                                                                                                                                           | Rispetto del cronoprogramma concordato con i vari attori del processo                                                                                                                         | Rilevazione sistematica attraverso verbalizzazioni di riunioni | Controllo di Gestione              | 5        | Esito positivo verifiche con attribuzione percentuale dell'entità delle attività implementate                              |          |
| 11 | Servizi      | Oncologia Sperimentale e Biobanca | Obiettivi di miglioramento organizzativo                                                                                 | Miglioramento del sistema di valutazione individuale                                                                                                                                                                                              | Distribuzione delle valutazioni del personale dipendente intorno al valore medio                                                                                                              | Distribuzione superiore o uguale al 10%                        | AGRU                               | 5        | SI/No attestazione                                                                                                         |          |
| 12 | Servizi      | Oncologia Sperimentale e Biobanca | Obiettivi concernenti il miglioramento dell'appropriatezza                                                               | Revisione delle condizioni in cui si procede ad autoprescrizione integrativa di prestazioni                                                                                                                                                       | Trasmissione dell'elenco al Nucleo di Controllo Interno ex DGR n. 90/2019                                                                                                                     | Trasmissione protocollata                                      | Dirigente Responsabile NCI         | 5        | SI/No attestazione                                                                                                         | 10       |

23.7.2022

*[Handwritten signature]*

ISTITUTO TONINO GIOVANNI PAOLO II  
I.R.C.C.S. BARI  
Direttore Generale  
Avv. Alessandro DELLE DONNE

|    |         |                                   |                                                            |                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                             |                                                                                               |                                                             |   |                                                                                                                                                                                                                                                            |    |
|----|---------|-----------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 13 | Servizi | Oncologia Sperimentale e Biobanca | Obiettivi concernenti il miglioramento dell'appropriatezza | Assenza di rilievi su inappropriate procedure/codifiche da parte del Nucleo di Controllo Interno ex DGR n. 50/2019                                                                                                     | Esecuzione di audit bimestrali post-formazione                                                                                              | Assenza di medesimi rilievi, diminuzione dei rilievi complessivi, R.app2022 <= 0,8* R.app2021 | Dirigente Responsabile NCI                                  | 5 | $P = P1+P2+P3$ , $P1 = 4$ in assenza medesimi rilievi, $P1 = 0$ in presenza di medesimi rilievi, $P2 = 3^*$ n. rilievi iniziali/n. rilievi a dicembre 2022, $P2 = 0$ in caso di rilievi >= dell'inizio, $P3 = 3^*$ {(R.app2022 - R.app2021)/R.app2021/0,2} | 5  |
| 14 | Servizi | Oncologia Sperimentale e Biobanca | Obiettivi di miglioramento della qualità percepita         | Implementazione delle attività correttive individuate a seguito di analisi dei questionari 353W del 2021, incluse azioni del Piano Hospitality                                                                         | Relazioni periodiche da parte del Responsabile del Gruppo di Lavoro ad hoc sull'avvenuto adempimento di tutte le azioni a carico della U.O. | Rilevazione sistematica attraverso verbalizzazioni di riunioni                                | Responsabile GdL                                            | 5 | Esito positivo verifiche con attribuzione percentuale dell'entità delle attività implementate                                                                                                                                                              | 5  |
| 15 | Servizi | Oncologia Sperimentale e Biobanca | Flussi Informativi                                         | Aggiornamento tempestivo delle giacenze di reparto, del personale assegnato al Centro di Costo, della chiusura SDO, SDA ed ambulatoriali, del fabbisogno di beni e servizi                                             | Assenza di contestazioni per mancato adempimento                                                                                            | Assenza contestazioni                                                                         | Controllo di Gestione con contributo Farmacia, AGRU e NCI   | 5 | Sì/No da riscontri dei verificatori                                                                                                                                                                                                                        | 10 |
| 16 | Servizi | Oncologia Sperimentale e Biobanca | Transizione digitale                                       | Implementazione di tutte le azioni a carico della U.O. per l'avvio della Cartella Elettronica e della formazione di base all'uso delle P.d.L. (sistema operativo, impostazioni, mail, text editor, foglio elettronico) | Esiti attività a carico della U.O. e superamento corsi                                                                                      | Assenza contestazioni e superamento corsi                                                     | Responsabile Transizione Digitale e Responsabile Formazione | 5 | Sì/No da riscontri dei verificatori                                                                                                                                                                                                                        |    |
| 17 | Servizi | Oncologia Sperimentale e Biobanca | Trasparenza ed anticorruzione: controllo/azioni correttive | Implementazione delle attività a carico della U.O.                                                                                                                                                                     | Relazione a carico del RPACT                                                                                                                | Relazione                                                                                     | RPACT                                                       | 5 | Sì/No da riscontri dei verificatori                                                                                                                                                                                                                        | 5  |
| 18 | Servizi | Oncologia Sperimentale e Biobanca | Benessere organizzativo e pari opportunità                 | Implementazione delle attività a carico della U.O.                                                                                                                                                                     | Relazione del Referente CUG                                                                                                                 | Assenza contestazioni                                                                         | Referente CUG                                               | 5 | Sì/No da riscontri dei verificatori                                                                                                                                                                                                                        | 5  |

23.7.2022

826

ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II"  
I.R.C.C.S. BARI  
Direttore Generale  
Avv. Alessandro DELLE DONNE

| N. | Dipartimento | Struttura         | Tipologia obiettivi                                                                                                      | Dettaglio                                                                                                                                                                                | Indicatore                                                                                                                                                               | Target                                                                             | Verificatore                      | Peso max | Modalità di verifica                                                                                                                                                                                                                                           | Peso IGBSC |
|----|--------------|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 1  | Servizi      | Patologia Clinica | Obiettivi relativi alla conservazione dell'equilibrio economico: «incremento del ricavi».and/or.«contenimento dei costi» | Aumento della produzione a seguito dell'introduzione della semi-automazione di laboratorio (pre-analitica, accettazione)                                                                 | Aumento dei ricavi della produzione per esterni <u>dopo l'avvio dell'automazione</u>                                                                                     | R2022ext >= R2021ext*1,10                                                          | Controllo di Gestione             | 10       | Punteggio P=0 se R2021ext >= R2022ext, P=(R2022ext-R2021ext)/R2021ext*100*Pmax se R2021ext < R2022ext <= R2021ext*1,10, altrimenti Pmax                                                                                                                        | 25         |
| 2  | Servizi      | Patologia Clinica | Obiettivi relativi alla conservazione dell'equilibrio economico: «incremento del ricavi».and/or.«contenimento dei costi» | Contenimento dei costi di dispositivi e reagenti                                                                                                                                         | Rispetto del budget su prodotti mirati indicati dalla SC Anatomia Patologica, Produzione di una lista di dispositivi su cui procedere a rinegoziazione contrattuale      | Spesa <= Budget, Trasmissione lista entro 1° settembre                             | Controllo di Gestione             | 10       | P=P1+P2+P3, P1=3 in caso di avvenuta trasmissione lista prodotti entro i tempi previsti altrimenti 0, P2=2 in caso di avvenuta rinegoziazione positiva di almeno un prodotto in lista altrimenti 0, P3=5 in caso di rispetto budget assegnato, altrimenti P2=0 |            |
| 3  | Servizi      | Patologia Clinica | Obiettivi relativi alla conservazione dell'equilibrio economico: «incremento del ricavi».and/or.«contenimento dei costi» | Contenimento entro i termini di legge del ricorso al lavoro in regime di straordinario                                                                                                   | Spesa per lavoro straordinario                                                                                                                                           | Spesa straordinari <= budget straordinari                                          | AGRU                              | 5        | P= 5 se Spesa<=Budget, P=0 se Spesa > Budget                                                                                                                                                                                                                   |            |
| 4  | Servizi      | Patologia Clinica | Obiettivi connessi al potenziamento della ricerca traslazionale e dell'attività di ricerca in generale                   | Publicazioni                                                                                                                                                                             | Impact Factor normalizzato                                                                                                                                               | IF2022 >= IF2021 obiettivo * + 5%                                                  | Direzione Scientifica             | 5        | Punteggio P=0 se IF2021* >= IF2022, P=(IF2022-IF2021*)/IF2021*/5%*Pmax se IF2021 < IF2022 <= IF2021**1,05, altrimenti Pmax                                                                                                                                     | 15         |
| 5  | Servizi      | Patologia Clinica | Obiettivi connessi al potenziamento della ricerca traslazionale e dell'attività di ricerca in generale                   | Partecipazione al workshop dell'innovazione ed audit di verifica Intellectual Property                                                                                                   | Attestazioni presenza                                                                                                                                                    | Partecipazione                                                                     | Ufficio Trasferimento Tecnologico | 3        | Si/No attestazioni presenza                                                                                                                                                                                                                                    |            |
| 6  | Servizi      | Patologia Clinica | Obiettivi connessi al potenziamento della ricerca traslazionale e dell'attività di ricerca in generale                   | Presentazione di almeno 1 lavoro a meeting internazionale ed in caso di avvenuta approvazione di un programma di RC predisposizione di un cronoprogramma di impiego fondi e suo rispetto | Presentazione cronoprogramma del Progetto di RC entro 1 settembre, Audit di verifica della sua implementazione, Evidenza di un lavoro presentato ad un meeting nazionale | Esito positivo audit di verifica                                                   | Direzione Scientifica             | 3        | Si/No verbalizzazione audit                                                                                                                                                                                                                                    |            |
| 7  | Servizi      | Patologia Clinica | Obiettivi connessi al potenziamento della ricerca traslazionale e dell'attività di ricerca in generale                   | Presentazione di almeno 1 progetto su base competitiva da sottoporre a finanziatori esterni da parte del Dipartimento                                                                    | Trasmissione del progetto alla Direzione Scientifica secondo il format definito da quest'ultima                                                                          | Esito positivo audit di verifica                                                   | Direzione Scientifica             | 4        | Si/No verbalizzazione audit                                                                                                                                                                                                                                    | 30         |
| 8  | Servizi      | Patologia Clinica | Obiettivi di miglioramento organizzativo                                                                                 | Riduzione Liste d'attesa - Esecuzione attività di competenza per attivazione procedure C.Or.O.                                                                                           | Revisione agende, numero di prelievi giorno e tempi di refertazione coerenti con i vincoli previsti dal GdL C.Or.O.                                                      | Attestazione                                                                       | Dirigente Responsabile C.Or.O.    | 5        | Si/No attestazione                                                                                                                                                                                                                                             |            |
| 9  | Servizi      | Patologia Clinica | Obiettivi di miglioramento organizzativo                                                                                 | Attivazione nuove modalità di accettazione e supporto nell'avvio dei carrelli mobili presso i reparti                                                                                    | Completamento delle attività entro Ottobre 2022                                                                                                                          | Attestazione                                                                       | Controllo di Gestione             | 5        | Si/No attestazione                                                                                                                                                                                                                                             |            |
| 10 | Servizi      | Patologia Clinica | Obiettivi di miglioramento organizzativo                                                                                 | Efficientamento delle routine di controllo chemio                                                                                                                                        | Implementazione delle azioni definite nel GdL "ad hoc"                                                                                                                   | Attestazione                                                                       | Dirigente coordinatore del GdL    | 5        | Si/No attestazione                                                                                                                                                                                                                                             |            |
| 11 | Servizi      | Patologia Clinica | Obiettivi di miglioramento organizzativo                                                                                 | Partecipazione ai Team Multidisciplinari costante                                                                                                                                        | Attestazione di avvenuta partecipazione da parte del Responsabile del Gruppo di Lavoro ad hoc sull'avvenuto adempimento a tutte le azioni a carico della U.O.            | Presenze superiori al 95% al netto di eventuali esenzioni da parte del Team Leader | Leader Team Multidisciplinare     | 5        | P = Pmax * (E assenze sui Teams / Z incontri dei Teams)/5%                                                                                                                                                                                                     |            |
| 12 | Servizi      | Patologia Clinica | Obiettivi di miglioramento organizzativo                                                                                 | Implementazione del progetto "light-lean" presentato nel corso del 2021                                                                                                                  | Rispetto del cronoprogramma concordato con i vari attori del processo                                                                                                    | Rilevazione sistematica attraverso verbalizzazioni di riunioni                     | Controllo di Gestione             | 5        | Esito positivo verifiche con attribuzione percentuale dell'entità delle attività implementate                                                                                                                                                                  |            |

23.7.2022

*[Firma]*

ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II"  
I.R.C.C.S. BARI  
Direttore Generale  
Avv. Alessandro DELLE DONNE

|    |         |                   |                                                            |                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                             |                                                                |                                                             |     |                                                                                               |    |
|----|---------|-------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 13 | Servizi | Patologia Clinica | Obiettivi di miglioramento organizzativo                   | Miglioramento del sistema di valutazione individuale                                                                                                                                                                | Distribuzione delle valutazioni del personale dipendente intorno al valore medio                                                            | Distribuzione superiore o uguale al 10%                        | AGRU                                                        | 5   | Si/No attestazione                                                                            |    |
| 14 | Servizi | Patologia Clinica | Obiettivi concernenti il miglioramento dell'appropriatezza | Revisione delle condizioni in cui si procede ad autoprescrizione integrativa di prestazioni                                                                                                                         | Trasmissione dell'elenco al Nucleo di Controllo Interno ex DGR n. 90/2019                                                                   | Trasmissione protocollata                                      | Dirigente Responsabile NCI                                  | 5   | Si/No attestazione                                                                            | 10 |
| 15 | Servizi | Patologia Clinica | Obiettivi concernenti il miglioramento dell'appropriatezza | Certificazione ISO 9001                                                                                                                                                                                             | Mantenimento della certificazione                                                                                                           | Emissione certificato                                          | Ente accreditato                                            | 5   | Si/No certificazione                                                                          |    |
| 16 | Servizi | Patologia Clinica | Obiettivi di miglioramento della qualità percepita         | Implementazione delle attività correttive individuate a seguito di analisi dei questionari 3S3W del 2021, incluse azioni del Piano Hospitality                                                                      | Relazioni periodiche da parte del Responsabile del Gruppo di Lavoro ad hoc sull'avvenuto adempimento di tutte le azioni a carico della U.O. | Rilevazione sistematica attraverso verbalizzazioni di riunioni | Responsabile GdL                                            | 5   | Esito positivo verifiche con attribuzione percentuale dell'entità delle attività implementate | 5  |
| 17 | Servizi | Patologia Clinica | Flussi informativi                                         | Aggiornamento tempestivo delle giacenze di reparto, del personale assegnato al Centro di Costo, della chiusura SDO, SDA ed ambulatoriali, del fabbisogno di beni e servizi                                          | Assenza di contestazioni per mancato adempimento                                                                                            | Assenza contestazioni                                          | Controllo di Gestione con contributo Farmacia, AGRU e NCI   | 2,5 | Si/No da riscontri dei verificatori                                                           | 5  |
| 18 | Servizi | Patologia Clinica | Transizione digitale                                       | Implementazione di tutte le azioni a carico della U.O. per l'avvio della Cartella Elettronica e della formazione di base all'uso delle Pdt (sistema operativo, impostazioni, mail, text editor, foglio elettronico) | Esiti attività a carico della U.O. e superamento corsi                                                                                      | Assenza contestazioni e superamento corsi                      | Responsabile Transizione Digitale e Responsabile Formazione | 2,5 | Si/No da riscontri dei verificatori                                                           |    |
| 19 | Servizi | Patologia Clinica | Trasparenza ed anticorruzione: controllo/azioni correttive | Implementazione delle attività a carico della U.O.                                                                                                                                                                  | Relazione a carico del RPACT                                                                                                                | Relazione                                                      | RPACT                                                       | 5   | Si/No da riscontri dei verificatori                                                           | 5  |
| 20 | Servizi | Patologia Clinica | Benessere organizzativo e pari opportunità                 | Implementazione delle attività a carico della U.O.                                                                                                                                                                  | Relazione del Referente CUG                                                                                                                 | Assenza contestazioni                                          | Referente CUG                                               | 5   | Si/No da riscontri dei verificatori                                                           | 5  |

23.7.2022

72.6

ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II"  
I.R.C.C.S. BARI  
Direttore Generale  
Avv. Alessandro DELLE DONNE