

Punteggio totale Dipartimento		
DIPARTIMENTO SERVIZI DIAGNOSTICI E DI SUPPORTO		
UNITA' OPERATIVA		RISULTATO RAGG. OBIETTIVI ANNO 2018
		%
1	U.O.C. RADIOLOGIA MATERA	92,50
2	U.O.C. PATOLOGIA CLINICA MATERA	100,00
3	U.O.C. SERVIZIO IMMUNOTRASFUSIONALE	100,00
4	U.O.C. ANATOMIA PATOLOGICA	100,00
5	U.O.S.D. LABORATORIO DI GENETICA	94,64
6	U.O.C. PATOLOGIA CLINICA POLICORO	95,00
7	U.O.C. RADIOLOGIA POLICORO	81,00
8	U.O. S. D. SENOLOGIA DIAGNOSTICA	93,18
9	U.O.C. FARMACIA OSPEDALIERA	100,00
10	U.O.S.D. MEDICINA NUCLEARE P.O. MATERA	100,00
	Totale punteggi	956,32
Percentuale di raggiungimento totale del Dipartimento		95,63

VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DELLA DIRIGENZA AZIENDALE - AREA MEDICO SANITARIA
SCHEMA DI BUDGET

N. scheda			
PERIODO VALUTATO ANNO 2018			
NOME COGNOME: Dr. Michela NARDELLA			
PROFILO PROFESSIONALE: DIRIGENTE MEDICO			
TIPOLOGIA DI INCARICO: DIRETTORE DI STRUTTURA COMPLESSA			
UNITA OPERATIVA: U.O. DI RADIOLOGIA P.O. MATERA			
DIPARTIMENTO: SERVIZI DIAGNOSTICI			
VALUTATORE DI 1° ISTANZA			

U.O. RADIOLOGIA P.O. MATERA							
Cod Obiettivo	Descrizione sintetica	Indicatore	Valore target %	del 2018	% risultato atteso 2018	% raggiungimento obiettivo 2018	Punteggio Pesato 2018
	PRE-REQUISITO DI VALUTAZIONE						
	Asseveramento dell'adempimento informativo	n relazioni / dati ecc. al CDG, n contestazioni di mancato / ritardo rispetto del debito inf. N contestazioni formulate x incompletezza / incongruenza dei dati trasmessi Implementazione contabilità analitica	100% rispetto dati a ridosso. Rispetto della scadenza prevista al 15/2018 134/2016 - 402/2016 e 1394/2016 "Disciplina organica degli obblighi e respons. commessi ai flussi informativi az. e alla trasmissione delle cartelle cliniche"	3	Realizzazione e non relazioni semestrali e annuali 4 la realizzazione della performance - Tempismo riscontro di dati e relazioni richieste dalla Direzione Strategica - Regione - Ministero	100%	3,00
1	Razionalizzazione e verifica dell'appropriatezza delle prestazioni (interne ed esterne)	Report sulla razionalizzazione effettuata	riduzione del 5 % delle prestazioni esterne a parità di attività svolte dai reparti	3	riduzione del 5 % delle prestazioni interne a parità di attività svolte dai reparti	90%	2,70
2	Tasso di ospedalizzazione RM muscolo scheletriche per 1000 residenti > o uguale 65 anni, confluire all'appropriatezza delle prescrizioni di tali prestazioni	n di accessi RM muscolo scheletriche x pazienti maggiori o uguali 65 anni / popolazione residente uguale o > di 65 anni	più 30% (0%) - tra 20 - 30 (50%) - meno di 20% (100%)	2	gli operatori U.O. devono impegnarsi a ridurre l'inappropriatezza degli esami richiesti ed eseguiti	100%	2,00
3	% Percentuale di pz. che ripetono le RM lombare entro 12 mesi	n Pazienti che effettuano una RM lombare nei 365 gg successivi alla prima prestazione / n pazienti che effettuano una RM lombare nell'anno precedente	più di 8% (0%) - tra 6 e 8 (50%) - meno di 6 % (100%)	2	gli operatori U.O. devono impegnarsi a ridurre l'inappropriatezza degli esami richiesti ed eseguiti	50%	1,00
4	Audit con le U.O. ospedaliere e con il Pronto Soccorso (organizzati anche con la Direzione Sanitaria del Presidio) dedicati all'analisi delle richieste di prestazioni interne effettuate dai reparti ospedalieri, al fine di razionalizzare le richieste e migliorarne l'appropriatezza delle prestazioni	Verbal degli audit	almeno due	2	gli operatori U.O. devono impegnarsi a ridurre l'inappropriatezza degli esami richiesti ed eseguiti	80%	1,50
5	Definizione, con il coordinatore delle attività distrettuali, che avrà il compito di coinvolgere i MMG, di modalità organizzative e gestionali per migliorare l'appropriatezza delle richieste di prestazioni di radiologia	verbali incontri	individuazione di almeno due esamirichieste ad alto indice di inappropriatezza su cui intervenire	2	gli operatori U.O. devono impegnarsi a ridurre l'inappropriatezza degli esami richiesti ed eseguiti	80%	1,50
6	Collaborare con le U.O. ospedaliere per la definizione e l'attuazione delle procedure di percorsi condivisi per le attività da svolgere in Pronto Soccorso e per il percorso di attivazione di prestazioni radiologiche concordato (ogni pacchetto di attività assistenziali)	definizione percorsi condivisi (verbali degli incontri) e procedure (verbali) concordate con la Direzione Strategica	definizione e successiva attuazione delle prestazioni radiologiche concordate per almeno due percorsi x U.O. del P.O. di Matera	2	gli operatori della U.O. dovranno definire e condividere i percorsi richiesti	100%	2,00
7	Attività di radiologia interventistica conferma attività anno 2017 a parità di personale in servizio	reports su attività svolte	> = attività svolte anno precedente a parità di risorse disponibili di posti letto disponibili	3	> = attività svolte anno precedente a parità di risorse e posti letto disponibili	100%	3,00
8	Attività ambulatoria. Conferma tipologia e numero delle prestazioni ambulatoriali da effettuare per i pazienti esterni e relativi tempi di attesa, a parità di personale in servizio	procedura CUP	> = prestazioni anno precedente a parità di risorse e posti letto disponibili Rispetto della tempistica prevista in lista di attesa in classi di priorità (diagnostica x immagine entro 150 gg)	3	> = prestazioni anno precedente a parità di risorse e posti letto disponibili Rispetto della tempistica prevista in lista di attesa in classi di priorità (diagnostica x immagine entro 150 gg)	100%	3,00
9	Implementazione delle procedure di comunicazione con i reparti per la gestione del posto letto, della day surgery e dei day services	relazione su applicazione procedura	relazione su applicazione procedura	2	gli operatori U.O. dovranno impegnarsi a condividere e applicare la Procedura	100%	2,00
10	Condivisione degli obiettivi di budget	verbale dell'incontro	almeno un incontro di condivisione con tutti gli operatori della U.O. (companto e dirigenza)	1	il Dirigente dovrà condividere gli obiettivi con tutti il personale dirigente (non limitando di scorta di budget) e del comparto (incluse le P.O.), afferenti alla struttura diretta	100%	1,00
11	Negotiazione/assegnazione/Valutazione obiettivi a tutti i dirigenti della U.O.	N di dirigenti presenti nella U.O. / n di schede di valutazioni consegnate a fine anno	100% compilazione/attuazione/assottigliamento schede di valutazione singoli dirigenti della U.O.	1	100% schede dirigenti complete ed inviate	100%	1,00
12	Attività libero professionale	(per singolo medico U.O.) Tot. Prestaz. Anno effettuate in intramoenia / Tot. Prestaz. rese in attività extramoeniale	dal Prestito anno in intramoenia devono essere inferiori a quelle rese in attività extramoeniale per singolo medico della U.O. (Risparmio az. ALPI) Peso Totale Obiettivi 2018	2	le prestazioni effettuate (per singolo medico U.O.) in attività libero profess. non devono superare le prest. rese in intramoenia	100%	2,00
			% raggi. Obiettivi	28			25,90

NOTE DEL DIRETTORE/DIRIGENTE RESPONSABILE DELL'U.O. IN FASE DI NEGOTIAZIONE: Il Direttore U.O. ha provveduto con i raggiungimenti dell'obiettivo n. 7 non può ritenere accettabile una attività della U.O. di radiologia in fase di omologazione. La Direzione Strategica ritiene i risultati e le prestazioni del Direttore della U.O. e non raggiunti gli obiettivi previsti per il 2018. Il Direttore Sanitario, Dr. Domenico IL COMISSARDO, F.TO Di PIETRO QUINTO

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO **Dr. Michela NARDELLA**

IL DIRETTORE/DIRIGENTE RESPONSABILE DELL'U.O. **Dr. Domenico IL COMISSARDO, F.TO Di PIETRO QUINTO**

VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DELLA DIRIGENZA AZIENDALE - AREA MEDICO SANITARIA
SCHEDE DI BUDGET

N. scheda
PERIODO VALUTATO ANNO 2018
NOME COORDINATORE: Eufimio VITULLO
PROF. COORDINATORE: DIRETTORE MEDICO
TIPOLOGIA DI INCARICO: DIRETTORE DI STRUTTURA COMPLESSA
UNITA' OPERATIVA: PATOLOGIA CLINICA P.O. DI MATERA
DIPARTIMENTO: SERVIZI DIAGNOSTICI
VALUTATORE DI 1° STANZA

U.O. PATOLOGIA CLINICA P.O. MATERA									
Code di Obiettvo	Obiettivo (descrizione sintetica)	Indicatore	Valore target %	Peso (min 1; max 3)	% risultato atteso 2018	% raggiungimento obiettivo 2018	Punteggio Pesato 2018	Note	
PRE-REQUISITO DI VALUTAZIONE									
1	Attività di supporto alla struttura amministrativa regionali: SUARA per la redazione dei capitolati tecnici per il rinnovo delle forniture di servizio di laboratorio	Report sulle attività svolte	100% rispetto dati e relazioni- Rispetto delle scadenze aziendali n. 75/2016 - 12/4/2016 - 9/25/2016 e 13/86/2016 - Disciplina organica degli obblighi e respons. connessi aiflussi informativi az. e alla trasmissione delle cartelle cliniche	3	Definizione e approvazione dei capitolati tecnici	100%	3,00		
2	Partecipazione e collaborazione ai gruppi di lavoro regionali e aziendali per le attività previste dal piano nazionale di contratto dell'animobio-resistenza (PNCAR) 2017-2010. Delibera di giunta Regionale n. 106/2018	Report sulle attività svolte	100% rispetto dati e relazioni	3	Il personale competente in Microbiologia della Unità Operativa dovrà fornire supporto tecnico-scientifico e operativo alle attività dei lavori regionali	100%	3,00		
3	Collaborare con le UU OO ospedaliere e per la definizione e successiva attivazione di percorsi condivisi inerenti le attività da svolgere, garantendo il numero di prestazioni di laboratorio concordate per ogni pacchetto di attività assistenziali	defnizione percorsi condivisi	defnizione e successiva effettuazione delle prestazioni di laboratorio concordate	3	Gli operatori della U.O dovranno definire e condurre i percorsi richiesti	100%	3,00		
4	Attività ambulatoriale. Garantire il numero e la tipologia delle prestazioni ambulatoriali per pazienti esterni e relativi tempi di attesa	report del CUP	implementazione della offerta diagnostica	2	uguale o superiore alle attività svolte nell'anno precedente	100%	2,00		
5	Autorizzazione delle strutture sanitarie pubbliche, collaborazione con le altre strutture interessate (Diretore/Direzione sanità osped. U.O. gestione tecnica) all'ine di organizzare il trasporto in Quilata dei Accevoli Biologici relativi al rinnovo della rete dei Punti Riferito Accevoli	Redazione del progetto e del capitolato tecnico del trasporto Campioni Biologici	Attività di collaborazione con le U.O. cliniche e distrettuali interessate	3	La U.O. collaborerà con le strutture interessate al fine del raggiungimento dell'obiettivo	100%	3,00		
6	Coordinamento organizzazione e gestione delle attività del Laboratorio Unico Logico (della az. 79/2015)	relazione sulle attività svolte e sui risultati raggiunti	100% rispetto dati e relazioni	2	Il Direttore della U.O dovrà coordinare e dirigere le attività del Laboratorio Unico Logico	100%	2,00		
7	Condizione degli obiettivi di budget	verbiale del direttore	100% rispetto dati e relazioni	1	Il Dirigente dovrà condividere gli obiettivi con tutto il personale dirigente (non limitando di schede di budget) e del comparto, attraverso la struttura diretta.	100%	1,00		
8	Collaborazione con la Direzione Sanitaria Operativa nell'ambito del controllo delle infezioni Ospedaliere	verbale degli incontri	100% rispetto dati e relazioni	3	L'unità Operativa collaborerà fornendo dati e supporto scientifico nella rilevazione delle infezioni Ospedaliere	100%	3,00		
9	Negoziazione/assegnazione/Attenzione obiettivi a tutti i dirigenti della U.O	N. di dirigenti presenti nella U.O / n. di schede di valutazioni consegnate a fine anno	100% completazione validazione /ascoltazione schede di valutazioni singoli dirigenti della U.O	1	100% schede dirigenti complete ed inviate	100%	1,00		
10	Autorizzazione / Accredimento delle strutture sanitarie pubbliche collaborare, per le proprie competenze, alle attività finalizzate ad accreditamento per la U.O. di Patologia Clinica, del P.O. di Malateria e Patologia Clinica	Qualità e accreditamento. Gestione tecnica (ecc.) al fine di ottenere l'accreditazione sanitaria e i percorsi di accreditamento entro il 31/12/2017 per le UU OO di Patologia Clinica di Matera	Collaborare con le altre strutture azionari interessate, al fine di inviare in regione, entro il 31/12/2017, dalla data di inizio di accreditazione, le schede di valutazione delle strutture prima derivate	2	La U.O. collaborerà con le strutture interessate al fine del raggiungimento dell'obiettivo	100%	2,00		
			Peso Totale Obiettivi 2018 % raggi. Obiettivi	25		100%	28,00 100,00		

NOTE DEL DIRETTORE/DIRIGENTE RESPONSABILE DELL'U.O. IN FASE DI NEGOZIAZIONE: Il Dirigente U.O. illustrerà alle sf. di necessità che gli stessi obiettivi sono stati assegnati anche alle UU OO. Cliniche e strutturali regionali

NOTE DELLA DIREZIONE STRATEGICA IN FASE DI NEGOZIAZIONE: La Direzione Strategica ritiene fondata l'assegnazione del Direttore della U.O. e conferma che gli stessi obiettivi sono stati assegnati anche alle UU OO. Cliniche

1. I responsabili delle UOS e i medici di incarico professionali condurranno gli obiettivi e gli indicatori negoziati dal Dirigente della U.O. UO. UO. alla quale riferiscono con periodicità riferendo a quali di essi sono riconducibili, verificando o alla struttura loro assegnata.

IL COMMISSARIO: F.TO DR. PIETRO QUINTO
IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO: DR. DOMENICO ADDUCI
IL DIRETTORE DELLA STRUTTURA: DR. MICHELE MARZELLA
PER ACCETTAZIONE: acquisita dal Direttore del Dipartimento: IL DIRETTORE/DIRIGENTE RESPONSABILE DELL'U.O. CLINICA VITULLO

VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DELLA DIRIGENZA AZIENDALE - AREA MEDICO SANITARIA - SCHEDE DI BUDGET

PERIODO VALUTATO ANNO 2018									
N. scheda									
NOME COGNOME dr. Gianfranco GIANNELLA									
PROFILLO PROFESSIONALE DIRIGENTE MEDICO									
TIPOLOGIA DI INCARICO DIRETTORE DI STRUTTURA COMPLESSA									
UNITA' OPERATIVA SERVIZIO IMMUNOTRASFUSIONALE P.O. DI MATERA									
DIPARTIMENTO SERVIZI DIAGNOSTICI									
VALUTATORE DI 1° STRANZA									
U.O. S.I.T. P.O. MATERA - POLICORO									
Cod. Obiettivo	Obiettivo (descrizione sintetica)	Indicatore	Valore target %	Peso (min 1; max 3)	% risultato ottenuto 2018	% raggiungimento obiettivo 2018	Punteggio Pesato 2018	Note	
	Pre - requisito di Validazioni								
1	Razionalizzare e razionalizzare delle attività nella U.O. in rapporto con i fabbisogni medici e regionali (riduzione delle liste di attesa e agli obiettivi aziendali e regionali (riduzione delle liste di attesa) per le prestazioni)	Relazione dettagliata del Direttore sulle attività svolte e sui risultati raggiunti	100% incontro dati e relazioni- Rispetto delle obiettivi aziendali in 1/2017 - 12/2018 - 5/2019 e 1/30/2019 Disciplina organica degli obblighi repressivi connessi ai processi informativi ed e processi delle cartelle cliniche	3	Relazione e inno relazioni semestrali e annuali X la valutazione delle performance - Tempistiche incontro di dati e relazioni richieste dalla Direzione Strategica - Regione - Ministero	100%	3,00		
2	Obiettivo DGR 606/2010 monitoraggio appropriata terapia trasfusionale, razionalizzazione dei consumi di albumina e plasma	report su consumi albumina e plasma	Relazione dettagliata del Direttore sulle attività svolte e sui risultati raggiunti	2	monitoraggio appropriata consumo di albumina e plasma	100%	2,00		
3	Garantie n e tipologia delle prestazioni ambulatoriali per pz. esterni e relativi tempi di attesa	PROCEDURA CUP	> = prestazioni ambulatoriali anno 2017	2	> = prestazioni ambulatoriali anno 2017	100%	2,00		
4	Mantenimento del numero delle donazioni di sangue attraverso attività di promozione e sensibilizzazione: molte alla direzione scolastica effettuate in collaborazione con MICO e Diretori dei Diretti sanitari	Relazione dettagliata del Direttore sulle attività svolte e sui risultati raggiunti	> = donazioni sangue anno 2017	3	Gli operatori della U.O. dovranno impegnarsi a svolgere attività di promozione	100%	3,00		
5	Applicazione e monitoraggio delle procedure sul buon uso del sangue degli eritrociti e dei plasmioterapici / incremento della plasmaterapia produttiva - (Candidatura - C.I.T.A.E.C)	Monitoraggio delle procedure sul buon uso del sangue ed emonotrici e analisi degli scostamenti da quanto previsto dalle Linee Guida ministeriali (qualità interna (Q.I.) ed esterna (E.Q.))	rispetto del 90 % delle direttive Linee Guida naz. V.E.Q. - rispetto dei requisiti richiesti 90% controlli per C.I. 1,98 %	3	Gli operatori della U.O. dovranno impegnarsi ad effettuare i controlli di qualità richiesti	100%	3,00		
6	Razionalizzazione delle prestazioni intermedie applicazione e monitoraggio protocolli di verifica sull'appropriatezza delle prestazioni richieste dai reparti	report sulle attività svolte e sui risultati raggiunti (analisi/ applicazione protocollo)	stesura e applicazione di un protocollo condiviso	2	Gli operatori della U.O. dovranno definire e condividere i protocolli richiesti	100%	2,00		
7	Invo di plasma all'industria farmaceutica convenzionata in cambio di farmaci emoderivati (albumina e immunoglobuline), calcolo del guadagno economico per l'azienda	procedura	> = anno 2017	3	Gli operatori della U.O. dovranno impegnarsi a inviare il plasma all'industria e segnalare il guadagno economico dell'azienda	100%	3,00		
8	Attività centro TAO (Terapia Anticoagulante Orale) Del Az.2065 del 10 settembre 2015/Razionalizzazione del Servizio TAO"	Assicurare la corretta gestione della TAO	100% di adempimenti	3	I Dirigenti coinvolti dovranno assicurare l'attività	100%	3,00		
9	Coordinamento, organizzazione e gestione delle attività e del personale servizio immunotrasfusionale del P.O. di Policoro	relazioni periodiche sulle attività svolte e sui risultati raggiunti	100% di adempimenti	3	Il Direttore della U.O. dovrà coordinare il personale e le attività	100%	3,00		
10	Autovalutazione / Accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche collaborare per le proprie competenze, alle attività finalizzate ad ottenere l'autorizzazione sanitaria definitiva e i percorsi di accreditamento per la U.O. di SIT Matera e Policoro	collaborazione con le UU.OO. interessate (Qualità e accreditamento, Gestione tecnica ecc.) al fine di ottenere l'autorizzazione sanitaria e percorsi di accreditamento entro il 31/12/2017 Per le UU.OO. di SIT di Matera e Policoro	Collaborare con le altre strutture aziendali interessate, al fine di inviare in regime, entro il 31/12/2017 della domanda di autorizzazione definitiva e percorsi di accreditamento per le strutture prima definite	2	La U.O. collaborerà con le strutture interessate al fine del raggiungimento dell'obiettivo	100%	2,00		
11	Condivisione degli obiettivi di budget	verbale dell'incontro	almeno un incontro di condivisione con tutti gli operatori della U.O. (comparso e simpatici)	1	Il Dirigente dovrà condividere gli obiettivi con tutto il personale (incluse le P.O.), riferimenti alla struttura diretta	100%	1,00		
12	Negoziato/conservazione/realizzazione obiettivi a tutti i dirigenti della U.O.	N. di dirigenti presenti nella U.O. / n. di schede di valutazione consegnate a fine anno	100% compilazione/realizzazione schede di valutazione singoli dirigenti della U.O.	1	100% schede dirigenti complete ed inviate	100%	1,00		
				Peso Totale Obiettivi 2018	30		100,00		
NOTE DEI DIRIGENTI RESPONSABILI E DELL'UTENTE IN FASE DI NEGOZIAZIONE:									
1. I responsabili delle UOS e i titolari di incarichi professionali condividono gli obiettivi e gli indicatori negoziati dal Dirigente della UO/CUSSO alla quale afferiscono con particolare riferimento a quelli direttamente riconducibili all'incarico o alla struttura loro assegnata.									
IL COMMISSARIO: F.TO DR. PIETRO QUINTO									
IL DIRETTORE SANITARIO: DR. DOMENICO ADDUCI									
IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO dr. MICHAEL MARCELLA									
Commenti e specificazioni									
PER ACCETTAZIONE acquisita dal Direttore del Dipartimento: IL DIRETTORE ORG. RESP. DR. GIORGI dr. GIANNI ANTONIO GIANNELLA									

VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DELLA DIRIGENZA AZIENDALE - AREA MEDICO SANITARIA
SCHEDE DI BUDGET

N. scheda
PERIODO VALUTATO ANNO 2018
NOME E COGNOME di/ssa
M.Antonietta BRUNO
PROFILO PROFESSIONALE DIRIGENTE MEDICO
PROLOGIA DI INCARICO DIRETTORE DI STRUTTURA COMPLESSA
UNITA' OPERATIVA U.O. DI ANATOMIA PATOLOGICA P.O. MATERA
DIPARTIMENTO SERVIZI DIAGNOSTICI
VALUTATORE DI 1° ISTANZA

U.O. ANATOMIA PATOLOGICA P.O. MATERA		Indicatore	Valore target %	Peso (min 1; max 3)	% risultato atteso 2018	% raggiungimento obiettivo 2018	Punteggio Pesato 2018	NOTE
Cod Obiettivo	Obiettivo (descrizione sintetica)							
	File - requisito di Validazione							
	Assolvimento del debito informativo	n relazioni/dati ecc. al CDG, n contestazioni di mancato / ritardato rispetto del debito in N contestazioni formulate x incompiutezza / incongruità dei dati trasmessi Implementazione contabilità analitica	100% incontro dati e relazioni. Rispetto delle delibere aziendali n°20/2016 - 12/2/2016 - 25/2/2016 e 13/3/2017 U.O. Anatomia Patologica P.O. Matera. Controlli effettuati in tutti i trasferimenti delle cartelle cliniche.	3	100%	3,00		
1	Elaborazione e condivisione con le Sale Operatorie di Matera e Poggioreale del percorso di lavoro. Verifica e approvazione dei camioni operatori. Inadempienza al Regolamento (UE) 2015/491 di riclassificazione della formaina	Stesura e condivisione della procedura per il trasporto e conservazione dei campioni operatori, in attesa di parerai al Regolamento (UE) 2015/491 di riclassificazione della formaina nel semestre dell'anno - reports di implementazione e monitoraggio delle stesse nel secondo semestre anno	nella seconda metà dell'anno (giugno - dicembre) U. 100 % dei campioni operatori devono essere in conformità con la procedura adottata in conformità al Regolamento (UE) 2015/491	3	100%	3,00		
2	Studio della conformità tra diagnostica interoperatoria e diagnosi definitiva	relazione dettagliata sulle attività svolte sui risultati raggiunti	90%	1	100%	1,00		
4	Rivisitazione del percorso di accettazione e dei campioni estorni e consegna referi	percorso	almeno un percorso	2	100%	2,00		
5	Collaborare con le UU.OO. di Chirurgia Generale, Chirurgia Plastica, Oncologia Medica, Senologia e Fisioterapia del P.O. di Matera per la realizzazione di una rete assistenziale integrata per il tumore della mammella (best unit)	stesura, condivisione applicazione e monitoraggio del percorso diagnostico terapeutico (CDTA) per la presa in carico delle pz affette da carcinoma mammario	collaborare, alla presa in carico, delle donne, affette da tumore alla mammella, che sono state visitate / valutate dalla Senologia	3	100%	3,00		
6	Esecuzione degli esami morfologici, citologici, istologici nella fascia oraria 8 - 14 dal lunedì al venerdì e 15 - 18 lunedì e mercoledì	Organizzazione orario di lavoro della U.O. nelle fasce orarie programmate	100% richieste soddisfatte 90%	1	100%	1,00		
7	Attività articolatorie livello quali - quantitativi, realizzati a consumo 2017. Risposta per tutte le prestazioni istologiche esterne entro 7 gg	consulenze / prestazioni interne al P.O. (sia quelle effettuate che quelle ricevute) informatizzate tramite SIREP	> = prestazioni effettuate nel 2017 (a parità di attività chirurgica realizzata nel P.O.)	2	100%	2,00		
8	Attività articolatorie livello quali - quantitativi, realizzati a consumo 2017. Risposta per tutte le prestazioni istologiche esterne entro 7 gg	procedura CUP	100% delle prestazioni interne inserite nella procedura CUP interno secondo l'area sanitaria regionale	3	100%	3,00		
9	Utilizzo dell'orario regionale per la esecuzione e valorizzazione delle prestazioni interne ed esterne ed esaurimento delle prestazioni interne nel CUP interno	procedura CUP	Collaborare con le altre strutture sanitarie interessate, al fine di dare in regione, entro il 31/12/2017, dati di accreditamento per le strutture prima definitive	2	100%	2,00		
10	Autoregolazione / Accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche collaborare per le proprie competenze alle attività incaricate ad ottenere l'accertamento la U.O. di Anatomia Patologica	collaborazione con le UU.OO. interessate (Qualità e accreditamento, gestione tecnica ecc.) al fine di ottenere l'autorizzazione 31/12/2017 per la U.O. Anatomia Patologica	almeno un incontro di condivisione con tutti gli operatori della U.O. (comparto e dirigenti)	1	100%	1,00		
11	Condivisione degli obiettivi di budget	verbale dell'incontro		1	100%	1,00		
12	Negoziazione/assegnazione/Valutazione obiettivi a tutti i dirigenti della U.O.	N di dirigenti presenti nella U.O. / n di schede di valutazioni consegnate a fine anno	100% compilazione Valutazione / sottoscrizione schede di valutazioni, singoli dirigenti della U.O.	1	100%	1,00		
NOTE DEL DIRETTORE DIRIGENTE RESPONSABILE DELL'U.O. IN FASE DI NEGOTIAZIONE:			Peso Totale Obiettivi 2018	24		24,00		
			% raggi. Obiettivi			100,00		

1. I Responsabili delle UOES e i titolari di incarichi professionali condividono gli obiettivi e gli indicatori regolati dal Dirigente della UO/CO/CSO alla quale afferiscono con particolare riferimento a quelli direttamente riconducibili all'incarico o alla struttura loro assegnata.

IL COMMISSARIO: F.TO DR. PIETRO QUINTO	IL DIRETTORE SANITARIO: DR. DOMENICO ADDUCI	PER ACCETTAZIONE acquisita dal Direttore del Dipartimento: IL DIRETTORE/ DIRIG. RESP. DEL CDR dr. M.Antonietta BRUNO
IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO dr. Michele NARDELLA		
Commenti e specificazioni		

VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DELLA DIRIGENZA AZIENDALE - AREA MEDICO SANITARIA
SCHEDE DI BUDGET

N. scheda
PERIODO VALUTATO ANNO 2018
NOME E COGNOME: dr. MICHELE SPADA
PROFILO PROFESSIONALE: DIRIGENTE MEDICO
TIPOLOGIA DI INCARICO: DIRIGENTE DI STRUTTURA - SEMPLICE DIPARTIMENTALE
UNITA' OPERATIVA: U.O.S.D. LABORATORIO ANALISI POLICORO - TINCHI
DIPARTIMENTO: SERVIZI DIAGNOSTICI
VALUTATORE DI 1° ISTANZA

U.O. S.D. PATOLOGIA CLINICA P.O. UNIFICATO POLICORO-TINCHI-STIGLIAMO									
Cod. Obiettivo	Obiettivo (descrizione sintetica)	Indicatore	Valore target %	Peso (mili 1; max 3)	% risultato atteso 2018	% raggiungimento obiettivo 2018	Punteggio Peso 2018	Note	
	Pre - requisito di Validazione								
1	Riorganizzazione delle attività di Laboratorio delle strutture aziendali attraverso l'implementazione di procedure e protocolli condivisi (Dobb az 792/2012 Laboratorio unico Logico)	definizione percorsi	100% (riscontro dati e relazioni. Rispetto del Piano Strategico aziendale 199/2015 - 199/2016 "Scelta organica degli edifici e risposta commessa ai fornitori farmaceutici e alla trasmissione delle cartelle cliniche"	2	100%	100%	2,00		
2	Coordinamento delle attività di validazione e certificazione dei Sistemi Diagnostici Appaltati e conseguente riorganizzazione delle UU.OO	report sulle attività svolte e sui risultati raggiunti (analisi / applicazioni protocollo)	struttura e applicazione di un protocollo condiviso	2	100%	100%	2,00		
3	Implementazione delle procedure di comunicazione informatica con i reparti per la gestione del posto letto, della day surgery e del day Service	procedura	reports sull'applicazione procedura	2	100%	100%	2,00		
4	Controlli di qualità	esecuzione e applicazione dei protocolli unici x controlli interni	100% conformità	2	100%	100%	2,00		
5	Collaborare con le UU.OO ospedaliere per la definizione e successiva attivazione di percorsi condivisi, meriti le attività da svolgere in regime di Day Service, garantendo il numero di prestazioni di laboratorio concordate per ogni pacchetto di attività assistenziali	definizione percorsi condivisi (verbali degli incontri effettuati e percorsi sottoscritti da inviare alla Direzione Strategica)	definizione e successiva attivazione delle procedure per il percorso di attività assistenziali	2	100%	100%	2,00		
6	Attività ambulatoriale. Garantire il numero e la tipologia delle prestazioni ambulatoriali per pazienti esterni e relativi tempi di attesa	report del CUP	uguale o superiore alle attività svolte nell'anno precedente	3	100%	100%	3,00		
7	Autorizzazione / Accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche collaboratrici, per le proprie competenze alle attività finalizzate ad ottenere l'autorizzazione sanitaria definitiva e i percorsi di accreditamento per la U.O. di Patologia Clinica del P.O. di Policoro	collaborazione con le UU.OO interessate (Qualità e accreditamento, Gestione tecnica ecc.) al fine di ottenere l'autorizzazione sanitaria e i percorsi di accreditamento entro il 31/12/2017 per la di Patologia Clinica Policoro	Collaborare con le altre strutture aziendali interessate al fine di inviare in regime, entro il 31/12/2017 della domanda di autorizzazione definitiva e percorsi di accreditamento per le strutture prima definite	2	100%	100%	2,00		
8	Condizione degli obiettivi di budget	verbale del incontro	almeno un incontro di condivisione con tutti gli operatori della U.O. (compreso e coinvolgere dirigenti di strutture argenti)	1	100%	100%	1,00		
9	Negoziare/assegnazione/Validazione obiettivi a tutti i dirigenti della U.O	N di dirigenti presenti nella U.O. / n di schede di valutazioni consegnate a fine anno	100% conformità valutazione	1	100%	0%	19,00		
				Peso Totale Obiettivi 2018	20		55,00		
				% raggi. Obiettivi					

NOTE DEL DIRETTORE DIRIGENTE RESPONSABILE DELL'U.O. IN FASE DI NEGOZIAZIONE:
NOTE DELLA DIREZIONE STRATEGICA IN FASE DI NEGOZIAZIONE:
1. I Responsabili delle UOS e i titolari di incarichi professionali condividono gli obiettivi e gli indicatori negoziati dal Dirigente della UOCCUOSO alla quale afferiscono con particolare riferimento a quelli direttamente riconducibili all'incarico o alla struttura loro assegnata.

IL COMMISSARIO: F.TO Dr. Pietro Quinto

IL DIRETTORE SANITARIO: Dr. Domenico Adduci

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO dr. Michele Nardella

PER ACCETTAZIONE acquisita dal Direttore del Dipartimento: IL DIRETTORE/ DIRIG. RESP. DEL CDR dr. Michele Spada

VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DELLA DIRIGENZA AZIENDALE - AREA MEDICO SANITARIA

N. scheda
 PERIODO VALUTATO ANNO 2018
 NOME COGNOME: dr. Adelberto JULIA
 PROFILO PROFESSIONALE DIRIGENTE MEDICO
 TIPOLOGIA DI INCARICO DIRETTORE DI STRUTTURA COMPLESSA
 UNITA' OPERATIVA U.O. DI RADIOLOGIA P.O. POLICORO
 DIPARTIMENTO SERVIZI DIAGNOSTICI
 VALUTATORE DI 1° ISTANZA

U.O. RADIOLOGIA P.O. UNIFICATO POLICORO-TINCHI-STIGLIANO		Indicatore	Valore target %	Peso (min 1; max 3)	% risultato atteso 2018	% raggiungimento obiettivo 2018	Punteggio Peseo 2018	Note
1	Razionalizzazione e verifica dell'appropriatezza delle prestazioni interne Audit con le UU OO ospedaliere e con il Pronto Soccorso (organizzati anche con la Direzione Sanitaria del Prerido) dedicati all'analisi delle richieste di prestazioni interne effettuate dai reparti ospedalieri, al fine di razionalizzare le richieste e migliorare l'appropriatezza delle prestazioni	Report sulla razionalizzazione effettuata Verbal degli audit	100% sconto dati e relazioni- Rapporto delle delibere aziendali n. 75/2016 - 124/2016 - 92/2016 e 138/2016. Disciplina organica degli obblighi e flessioni, schemi ai fini prognostici, e altri informazioni degli studi clinici.	3	Redazione e invio relazioni semestrali e annuali alla valutazione della performance - Tempistico ricorso di dati e relazioni richieste dalla Direzione Strategica - Regione - Ministero	100%	3,00	La relazione riporta solo dati di attività e non fa alcun riferimento agli obiettivi assegnati
2	Razionalizzazione e verifica dell'appropriatezza delle prestazioni esterne Definzione, con il coordinatore delle attività distrettuali che avrà il compito di coinvolgere, l'MMG, di modalità organizzative e gestionali per migliorare l'appropriatezza delle richieste di prestazioni di radiologia	Report sulla razionalizzazione effettuata verbal incontri	riduzione del 5% delle prestazioni interne a parità di attività scritte dai reparti almeno due audit	2	Gli operatori U.O. devono impegnarsi ad organizzare ed eseguire gli audit richiesti	60%	1,20	
3	Collaborare con le UU OO ospedaliere per la definizione e successiva attivazione di percorsi condivisi interni, le attività da svolgere in regime di Day Service, garantendo il numero di prestazioni radiologiche concordato per ogni pacchetto di attività assistenziali	definizione percorsi condivisi (verbal degli incontri effettuati e per corso sottoscritto da inviare alla Direzione Strategica) procedura CUP	definizione e successiva effettuazione delle prestazioni radiologiche concordate per almeno due percorsi x UU OO del P.O. di Matera	2	Gli operatori della U.O. dovranno definire e concordare i percorsi richiesti	60%	1,20	
4	Ambudatori Confirmazione tipologia e numero delle prestazioni ambulatoriali da effettuare per pazienti esterni e relativi tempi di attesa	procedura CUP	> 2 prestazioni/anno precedente a parità di personale in servizio della tempestiva prevista per le liste di attesa in classi di priorità (diagnostica x immagine entro 180 gg.)	3	> 3 prioritazioni/anno precedente a parità di personale in servizio Rispetto della tempestiva prevista per le liste di attesa in classi di priorità (diagnostica x immagine entro 180 gg.)	100%	3,00	
5	Autorizzazione delle strutture sanitarie pubbliche collaborare con le altre strutture interessate (Servizio qualità ed Accredimento, Direzione Sanitaria, U.O. gestione tecnica) al fine di realizzare percorsi di Day Service, per il successo accreditamento istituzionale provvisori per Diagnostica per immagini - R.M.N. DGR 365 del 27.03.2012 P.O. Policoro	Collaborare con Direttore del Dipartimento e con le altre strutture interessate, al fine di implementare le attività relative al percorso di autorizzazione sanitarie entro il 31/12/2018, della domanda di autorizzazione, entro il 30/06/2019, con la Direzione Sanitaria, (18 comma art. 14 n. 28/2020) e con la Direzione Sanitaria (per imaging) - R.M.N. DGR 365 del 27.03.2012 P.O. Policoro	Attività di collaborazione previste (fino in Preghiera, entro il 31/12/2018, della domanda di autorizzazione, entro il 30/06/2019, con la Direzione Sanitaria, (18 comma art. 14 n. 28/2020) e con la Direzione Sanitaria (per imaging) - R.M.N. DGR 365 del 27.03.2012 P.O. Policoro	3	La U.O. collaborerà con il Direttore del Dipartimento al fine del raggiungimento dell'obiettivo	100%	3,00	
6	Consulenze interne Implementazione delle attività di autorizzazione con i reparti per la gestione del pronto letto della day surgery e del day service; evadere le richieste interne non urgenti entro 2 gg	relazione su applicazione procedura	relazione su applicazione procedura	2	Gli operatori U.O. dovranno impegnarsi a concordare e applicare la procedura	100%	2,00	
7	Condizione degli obiettivi di budget	verbale dell'incontro	almeno un meeting di condivisione con tutti gli operatori della U.O. (comparto e dirigenti)	1	Il Dirigente dovrà condividere gli obiettivi con tutto il comparto (compreso il personale a contratto) e del comparto (incluse le P.O.) differenti alla struttura diretta.	100%	1,00	
8	Negoziazione/assegnazione/Modificazione obiettivi a tutti i dirigenti della U.O.	N di dirigenti presenti nella U.O. / n. di schede di valutazioni consegnate a fine anno	100% compilazione valutazioni / sottosezione schede di valutazione, simboli dirigenti della U.O. Peso Totale Obiettivi 2018	1	100% schede dirigenti complete ed inviate	0%	16,20	
NOTE DEL DIRETTORE DIRIGENTE RESPONSABILE DELL'U.O. IN FASE DI NEGOZIAZIONE:		% ragg. Obiettivi!		20		81,00		

1. I responsabili delle UOS e i titolari di incarichi professionali condividono gli obiettivi e gli indicatori negoziati dal Dirigente della UOC/USO alla quale afferiscono con particolare riferimento a quelli direttamente riconducibili all'incarico o alla struttura loro assegnata.

IL COMMISSARIO: F.TO DR. PIETRO QUINTO

IL DIRETTORE SANITARIO: Dr. Domenico ADDUCI

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO dr. Michele NARDELLA

PER ACCETTAZIONE acquisita dal DIRETTORE/ DIRIG. RESP. DEL CDR dr. Alciabade JULIA

VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DELLA DIREZIONE AZIENDALE - AREA MEDICO SANITARIA

N. scheda
 PERIODO VALUTATO ANNO 2018
 COGNOME E NOME: dr.ssa Anna RUBINO
 PROFILO PROFESSIONALE: DIRIGENTE MEDICO
 TIPOLOGIA DI INCARICO: DIRIGENTE RESPONSABILE DI STRUTTURA SEMPLICE DIPARTIMENTALE
 UNITA' OPERATIVA: U.O. DI SENOLOGIA DIAGNOSTICA P.O. MATERA
 DIPARTIMENTO: SERVIZI DIAGNOSTICI
 VALUTATORE DI 1° ISTANZA:

U.O. SENOLOGIA DIAGNOSTICA P.O. MATERA

Cod Obiettivo	Obiettivo (descrizione sintetica)	Indicatore	Valore target %	Peso (min 1; max 3)	% risultato stesso 2018	% raggiungimento obiettivo 2018	Puntaggio Peso 2018	Note
	Pre - requisito di validazione							
1	Garantire il n e la tipologia di prestazioni ambulatoriali x pz esterni e relativi tempi di attesa	n prest. Amb Anno precedente / n prestazioni amb Anno in corso	100% (recupero dati e sezioni. Budget delle debite e scappio 752016 - 1242016 - 0962016 e 13962016. Disciplina organica del fabbisogno e risposta commessi ai flussi informativi az e alla trasmissione delle cartelle cliniche"	3	uguale o maggiore al risultato conseguito anno precedente	100%	3,00	La relazione riporta solo dati di attività e non tutti gli obiettivi a tutti gli obiettivi la verifica è stata effettuata sulla base dei dati disponibili al CCS
2	Collaborare con le UU OO di Chirurgia Generale, Chirurgia Plastica, Oncologia Medica, Anatomia Patologica e Fisioterapia del P.O. di Matera per la realizzazione di una rete associativa integrata per il servizio della mammografia (desta Unit)	stessa e condivisione del percorso diagnostico terapeutico (PDTA) per la presa in carico delle pz affette da carcinoma mammario	presa in carico di almeno 50% delle donne affette da tumore alla mammella che sono state volute e validate dalla Senologia Unità	3	Gli operatori U.O saranno impegnati nell'applicazione percorsi e presa in carico, condivisa con le altre UU OO) delle donne affette da tumore mammellare - Anno dati di attività	100%	3,00	
3	Incremento delle procedure interventive, in previsione della riqualificazione delle apparecchiature di diagnostica senologica (vedi tomografi) con conseguente aumento dei casarimio di mammografia per il servizio della mammografia (desta Unit)	dati screening	> 5 % procedure interventive rispetto all'anno precedente	3	Il Dirigente dovrà relazionare sulle attività svolte e sui risultati raggiunti	50%	1,50	
4	Collaborare alla realizzazione del progetto Screening mammografico x prev. Carcinoma mammario concordando le modalità con la Direzione Generale e con i Responsabili dei servizi afferenti alla	dati screening	assolvere al 100% delle richieste di screening sugli approfondimenti	3	Il Dirigente dovrà relazionare sulle attività svolte e sui risultati raggiunti	100%	3,00	
5	Mantenimento /riduzione della spesa farmaceutica nell'ambito del volume di produzione programmati	rapporti farmacia sul consumo della U.O di farmaci e presidi	< = al consumo anno precedente di farmaci e presidi a parità di volumi di attività prodotti	2	< = anno 2017 consumi farmaci e presidi	100%	2,00	dato non disponibile
6	Incremento dell'età del ricambio del SSN, alla diminuzione ospedaliere e invio a pz al tiro dei farmaci presso le farmacia ospedaliere	N ricette / paz. residenti dimessi	> = 95	2	I medici della U.O. si devono impegnare a prescrivere i farmaci ai pz residenti dimessi e inviati al tiro degli stessi presso la farmacia ospedaliere	100%	2,00	
5	Informalizzazione delle prestazioni / consulenze interne	consulenze / prestazioni interne al P.O. (sia quelle effettuate che quelle ricevute) informatizzate tramite SINEP	90%	1	Gli operatori della U.O sono impegnati a informatizzare le consulenze / prestazioni interne	100%	1,00	
7	Condizione degli obiettivi di budget	verifiche dell'incasso	almeno un incontro di condivisione con tutti gli operatori della U.O. (compreso e dirigenza)	1	Il Dirigente dovrà condividere gli obiettivi con tutto il personale dirigente (non fermato di scheda di budget) e del comparto (incluse le P.O.), afferenti alla struttura diretta	100%	1,00	
8	Negoziazione/preparazione/validazione obiettivi a tutti i dirigenti della U.O	N di dirigenti presenti nella U.O. / n. di schede di validazione consegnate a fine anno	100% completazione validazione / sottoscrizione schede di validazione, tempi dirigenti della U.O. presso l'area Obiettivi 2018	1	100% schede dirigenti complete ed inviate	100%	1,00	
				% raggi Obiettivi	22		93,18	

NOTE DEL DIRETTORE DIRIGENTE RESPONSABILE DELL'U.O. IN FASE DI NEGOZIAZIONE
 1. I Responsabili della UOS e i titolari di incarichi professionali condividono gli obiettivi e gli indicatori negoziati dal Dirigente della UOCUCOSD alla quale afferiscono con particolare riferimento a quelli direttamente riconducibili all'incarico o alla struttura loro assegnata.

<p>IL COMMISSARIO: F.TO Dr. Pietro QUINTO</p>		<p>IL DIRETTORE SANITARIO: Dr. Domenico ABDUCI</p>	
<p>IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO: Dr. Michele NARDELLA</p>		<p>PER ACCETTAZIONE, acquiescenza del Direttore del Dipartimento: IL DIRETTORE/ DIRIGENTE RESPONSABILE DEL CDR Dr. Michele NARDELLA</p>	

VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DELLA DIRENZA AZIENDALE - AREA MEDICO SANITARIA
SCHEDE DI BUDGET

N. scheda:
PERIODO VALUTATO ANNO 2018
NOME E COGNOME: **Dr.ssa F. A. DI CUIA**
PROFILO PROFESSIONALE: **DIRENTE FARMACISTA**
TIPOLOGIA DI INCARICO: **DIRETTORE STRUTTURA COMPLESSA**
UNITA' OPERATIVA: **FARMACIA OSPEDALIERA**

VALUTAZIONE DI 1° ISTANZA		U.O. C. FARMACIA OSPEDALIERA						
Codec Obiettivo	(descrizione sintetica)	Indicatore	Valore target %	Unità Temp. di	Risultato atteso anno 2018 %	% raggiungimento Anno 2018	Puntaggio Presunti	Note
	Asseverazione del dato informativo	n relazioni /dati ecc. al COG, n contestazioni di marchio / mandato rispetto dei dati inf / N contestazioni formulate x incompletezza / incongruenza dei dati trasmessi implementazione contabilità analitica	100% incanto dati e relazioni. Rapporto delle debite aziendali n 75/2018 - 124/2016 - 52/12/16 e 138/2016 "Diagnostica organica degli obblighi e responsi commessi ai flussi informativi az. e alle trasmissioni delle cartelle cliniche"	3	Produzione e invio relazioni semestrali e annuali x la validazione della performance - Tempestivo riscontro ai dati e relazioni richieste dalle Direzione Strategica - Regione - Ministero	100%	3,00	
	Adempimento dell'ESL per l'approvvigionamento farmaceutico	Procedura magazzino farmaceutico	100% informatizzazione approvvigionamento farmaceutico da parte dei reparti	3	forne i dati in riferimento agli indicatori della DGR 190/2018	100%	3,00	
	Collaborazione con i Direttori dei Centri di Diagnosi, Sanitaria e i Direttori delle U.O. OC del P.O. ai fini del raggiungimento degli obiettivi di contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera e territoriale definiti dalla DGR n. 190/2018	relazione dettagliata sulle attività svolte e sui risultati raggiunti	Il Dirigente U.O. sarà impegnato ad effettuare i monitoraggi e mettere in atto le azioni necessarie ai fini del perseguimento degli obiettivi previsti	2	relazione dettagliata sulle attività svolte e sui risultati raggiunti	100%	2,00	
	Monitoraggio e trasmissione periodica dei dati sui consumi degli farmaci alle U.O. ospedaliere di dipendenza e al CCS	Reports periodici di monitoraggio sul consumo dei farmaci n richieste off label inviate in commissione	reports trimestrale	3	Il Dirigente U.O. sarà impegnato a monitorare i consumi dei farmaci ed inviare i reports alle U.O. Ospedaliere	100%	3,00	
	Verifica sull'applicazione della DGR n. 575 del 2007 in riferimento alla prescrizione di medicinali OFI LABEL come disposto nell'Allegato C della stessa	100% controlli	100% controlli	3	Il Dirigente U.O. sarà impegnato ad effettuare i controlli previsti	100%	3,00	
	Distribuzione diretta dei farmaci: 1) Collaborare con la Direzione sanitaria cap. affinché il 100% dei pz. sottoposti a terapia ospedaliera sia coperto dalla prescrizione dei farmaci con ricetta del piano di cura di base; 2) Controlli sull'uso del ricambio repositore da parte dei medici ospedalieri per la prescrizione dei farmaci all'atto della dimissione ospedaliera	1) Relazione del Direttore della U.O. sulle attività svolte e sui risultati raggiunti in base al CCS di reports sull'uso del ricambio repositore da parte del piano di cura di base per U.O. OC 2) Controlli sull'uso del ricambio repositore da parte dei medici ospedalieri per la prescrizione dei farmaci all'atto della dimissione ospedaliera	100% controlli	2	Il Dirigente dovrà relazionare sugli adempimenti previsti e sulle misure adottate	100%	2,00	
	Unificazione delle procedure per i cartolotti di acquisto	Procedure cartolotti	unificazione del 100% dei cartolotti	2	Il Dirigente dovrà relazionare sugli adempimenti previsti	100%	2,00	
	Monitoraggio di Protocolli Trasparenti su alcune categorie di farmaci di largo consumo in collaborazione con la Direzione Sanitaria di presidio	Reports sui monitoraggi effettuati	Relazione del Direttore della U.O. sulle attività svolte e sui risultati raggiunti	2	Il Dirigente dovrà relazionare sugli adempimenti previsti	100%	2,00	
	DGR 1374 del 22/01/2003 - programmazione attività relative per razionalizzazione delle spese farmaceutica ai sensi del D. L. 34/7/01 e della legge di conversione n. 405/01	Relazione del Direttore della U.O. sulle attività svolte e sui risultati raggiunti	spesa farmaceutica ospedaliera < = a quella dell'anno 2017 e accremento del consumo del farmaco dispensato	2	Il Dirigente dovrà relazionare sugli adempimenti previsti e sulle misure adottate	100%	2,00	
	Verifica dell'applicazione delle procedure di richiesta, conservazione e smaltimento farmaci e presidi sanitari in collaborazione con D.S. dei presidi ospedalieri	Reports sui monitoraggi effettuati	Relazione del Direttore della U.O. sulle attività svolte e sui risultati raggiunti	2	Il Dirigente dovrà relazionare sugli adempimenti previsti	100%	2,00	
	D.G.R. n. 46/2007 - contenimento dei prodotti farmaceutici scaduti entro un valore massimo del 5% del totale di quei movimenti per anno (definibile dalla procedura informatica di magazzino)	Procedura informatica di magazzino	I farmaci scaduti non devono superare l'1% del totale di quelli movimentati per anno	2	Il Dirigente dovrà relazionare sugli adempimenti previsti e sulle misure adottate	100%	2,00	
	Piano Triennale di prevenzione della Corruzione - attività di prevenzione, controllo e sorveglianza in riferimento ai 3 ambiti individuali nel Piano 1) Struttura centrali tecnici e partecipazioni a gare di acquisto;	Relazione del Direttore della U.O. Corruzione	Rispetto dettaglio informativo nei confronti del Responsabile della prevenzione della Corruzione nel Piano di Prevenzione della Corruzione	2	Il Dirigente dovrà relazionare sugli adempimenti previsti e sulle misure adottate per la prevenzione della corruzione in riferimento ai tre ambiti previsti	100%	2,00	
	Condizione degli obiettivi di budget	ventone all'incasso	almeno un reddito di conduzione con tutti gli operatori della U.O. (comparto e ospedali)	1	Il Dirigente dovrà candidare gli obiettivi con tutto il personale dirigente (non fissare un numero di obiettivi da raggiungere) (incluse le U.O. afferenti alla struttura diretta)	100%	1,00	
	collaborare alla copertura (invece nel tempo e nei modi richiesti dalla Regione) del flusso N.SIS sui contratti dei dispositivi medici	N. di monitoraggi BD preventivi sui flussi consumati	0% (meno di 15%) 50% (tra 15 e 20%) 100% (più di 20%)	1	Trasmissione flussi per la parte di competenza della U.O.	100%	1,00	
	Negoziazione/assegnazione/Validazione obiettivi a tutti i dirigenti della U.O.	N. di dirigenti presenti nella U.O. / n. di schede di valutazioni consegnate a fine anno	100% compilazione/validazione autorizzazione schede di valutazione singoli dirigenti della U.O.	1	100% schede dirigenti complete ed inviate	100%	1,00	
		TOTALE FASO OBIETTIVI ANNO 2018		31		% FASO Obiettivi	34,95	
							100,00	

NOTE DEL DIRIGENTE INCARICATO RESPONSABILE DELL'U.O.: Il Direttore della U.O. preferisce che il conseguimento venga dimostrabile e con contributo della collaudata di personale dirigente farmaceutico. I responsabili farmaceutici sono individuati e con contributo della collaudata di personale dirigente farmaceutico. I responsabili farmaceutici sono individuati e con contributo della collaudata di personale dirigente farmaceutico. I responsabili farmaceutici sono individuati e con contributo della collaudata di personale dirigente farmaceutico.

NOTE DELLA COMMISSIONE STRATEGICA: In base ai negoziati, la Direzione Sanitaria ritiene valida la situazione del Direttore della U.O. in base ai risultati raggiunti, ma ritiene che il raggiungimento degli obiettivi sia stato ottenuto con il contributo della collaudata di personale dirigente farmaceutico.

IL COMMISSARIO: **F. TO. DR. PIERO QUINTO**

IL DIRIGENTE SANITARIO: **DR. DOMENICO ARDICI**

IL DIRIGENTE DEL DIPARTIMENTO OPERATIVO DEI SERVIZI DIAGNOSTICI: **DR. MICHELE MARTELLA**

PER ACCETTAZIONE ACQUISTA DAL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO: **IL DIRETTORE / DIRIGENTE DEL C. O. R. DR. SSA FRANCESCA DI CUIA**

VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DELLA DIRIGENZA AZIENDALE : AREA MEDICO SANITARIA
SCHEDA DI BUDGET

N. scheda
PERIODO VALUTATO ANNO 2018
NOME E COGNOME dr. Saverio SCHIAVARELLO
PROFilo PROFESSIONALE DIRIGENTE MEDICO
TIPOLOGIA DI INCARICO DIRIGENTE DI STRUTTURA SEMPLICE DIPARTIMENTALE
UNITA OPERATIVA SEMPLICE DIPARTIMENTALE DI MEDICINA NUCLEARE OSPEDALE DI MATERA
DIPARTIMENTO DEI SERVIZI DIAGNOSTICI
VALUTATORE DI 1ª ISTANZA

U.O. S.D. MEDICINA NUCLEARE P.O. MATERA

Cod. Obiettivo	Obiettivo (descrizione sintetica)	Indicatore	Valore target %	Peso (min 1; max 3)	% risultato atteso 2018	% raggiungimento obiettivo 2018	Punteggio Peso 2018	Note
	Pre - requisito di Valutazione							
1	Predisposizione di un sistema documentale in cui vengano riportate le procedure operative e le certificazioni conformemente a quanto previsto dalle NBP di cui al D.M. del 30/03/2005	n relazioni /dati ecc. al CDG. n contestazioni di mancato / ritardo rispetto del debito inf. N. contestazioni formulate x incompletezza / incongruenza dei dati trasmessi Implementazione contabilità analitica	100% ricontro dati e relazioni. Rispetto delle delibere aziendali n° 75/2016 - 12/4/2016 - 926/2016 e 1398/2016 "Disciplina organica degli obblighi e respons. connessi ai flussi informativi az. e alla trasmissione delle cartelle cliniche"	3	Redazione e invio relazioni semestrali e annuali x la valutazione della performance - Tempistico riscontro di dati e relazioni richieste dalla Direzione Strategica - Regione - Ministero	100%	3,00	
2	Incremento di almeno 20% delle prestazioni PET (ragg dell'obiettivo legato all'assicurazione della nuova gara d'appalto PET-Tc su sistema mobile)	report del CUP	uguale o maggior del 20% rispetto all'anno precedente	2	> = 20 % prestazioni anno precedente	100%	2,00	
3	Inserimento nella diagnostica PET di altro radiofarmaco oltre l'FDG. (obiettivo legato all'esecuzione della nuova gara d'appalto PET-Tc su sistema mobile)	report diagnostica PET	inserimento nella diagnostica PET di almeno un altro radiofarmaco oltre l'FDG	2	relazione dettagliata sulle attività svolte sui risultati ragguanti	100%	2,00	
4	Attività ambulatoriale. Garantire il numero e la tipologia delle prestazioni ambulatoriali effettuate nel 2017 per pazienti esterni e relativi tempi di attesa	report del CUP	> = prestazioni anno precedente a parità di personale in servizio. Rispetto della tempistica prevista per le liste di attesa in classi di priorità (diagnostica x immagine entro 190 gg.)	3	> = prestazioni anno precedente a parità di personale in servizio. Rispetto della tempistica prevista per le liste di attesa in classi di priorità (diagnostica x immagine entro 190 gg.)	100%	3,00	
5	Prosecuzione terapia ambulatoriale dell'iperitroidismo	report del CUP	> = prestazioni anno 2018	2	relazione dettagliata sulle attività svolte sui risultati ragguanti	100%	2,00	
6	Avvio di nuove metodiche di medicina nucleare convenzionale per lo studio dell'infezione (obiettivo legato all'esecuzione della nuova gara d'appalto sui radio farmaci)	N. di dirigenti presenti nella U.O. / n. di schede di valutazioni consegnate a fine anno	Introduzione di almeno una nuova metodica	1	100% schede dirigenti compilate ed inviate	100%	1,00	
7	Condivisione degli obiettivi di budget	verbale dell'incontro	almeno un incontro di condivisione con tutti gli operatori della U.O. (comparto e dirigenti)	1	Il Dirigente dovrà condividere gli obiettivi con tutto il personale dirigente (non firmano di scheda di budget) e del comparto (includere le P.O.), afferenti alla struttura diretta.	100%	1,00	
			Peso Totale Obiettivi 2018	18	% ragg. Obiettivi		18,00	
							100,00	

NOTE DEL DIRETTORE/DIRIGENTE RESPONSABILE DELL'U.O. IN FASE DI NEGOZIAZIONE:
NOTE DELLA DIREZIONE STRATEGICA IN FASE DI NEGOZIAZIONE:

IL COMMISSARIO: F.TO DR. PIETRO QUINTO

IL DIRETTORE SANITARIO : DR. DOMENICO ADDUCI

PER ACCETTAZIONE acquisita dal

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO dr. Michele NARDELLA

DIRETTORE/ DIRIG. RESP. DEL CDR dr. Saverio SCHIAVARELLO