

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE  
REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA

33081 - Aviano (PN) - Italy  
Via Franco Gallini 2  
C.F. - P.IVA 00623340932  
Tel. 0434/6591  
Fax 0434/652182

# CENTRO DI RIFERIMENTO ONCOLOGICO



Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto pubblico (D.I. 31/07/1990, 18/01/2005, 11/12/2009)

## DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N° **238** DEL **04/12/2014**

OGGETTO

PRESA ATTO RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI DI BUDGET ANNO 2013.

**Ufficio proponente:** UFFICIO CONTROLLO DI GESTIONE  
**Responsabile del procedimento:** Dr.ssa Cristina Andreetta

***IL DIRETTORE GENERALE***

***Dott. Piero Cappelletti***

***nominato con Decreto del Presidente della Regione FVG n. 062/Pres. del 30.03.2010  
e incaricato con contratto n. 689/AP del 30.03.2010,  
a decorrere dal 26.04.2010 e sino al 26.04.2015***

***coadiuvato dal Direttore Sanitario, Dott.ssa Matilde Carlucci  
e dal Direttore Amministrativo, Dott.ssa Cristina Zavagno***

OGGETTO: Presa atto raggiungimento obiettivi di budget anno 2013.

## IL DIRETTORE GENERALE

Premesso che:

- con deliberazione del direttore generale n. 77 del 30.04.2013, avente per oggetto “presa atto conclusione del percorso di definizione di budget 2013”, sono state approvate le schede di budget;
- con deliberazione del direttore generale n. 196 del 06.11.2013 sono state recepite le modifiche agli obiettivi/indicatori/risultati attesi negoziate in sede di prima e seconda revisione di budget;

Considerato che nel mese di gennaio 2014 è scaduto l’Organismo Indipendente di Valutazione della Prestazione e che, per la nomina del nuovo Organismo, l’Istituto ha seguito il procedimento previsto dalla delibera dell’Autorità Nazionale Anticorruzione (A.N.AC.) n. 12/2013;

Precisato che, nelle more della valutazione dei requisiti dei candidati da parte dell’ A.N.AC., l’Istituto ha provveduto, con deliberazione del direttore generale n. 120 del 19.05.2014, alla nomina provvisoria dell’Organismo Indipendente di Valutazione della Prestazione al fine di dare corso alla valutazione degli obiettivi di budget per l’anno 2013;

Precisato, altresì, che con nota prot. 9436/2014 del 07.08.2014, l’ A.N.AC. ha espresso parere favorevole alla costituzione del nuovo Organismo Indipendente di Valutazione e che l’Istituto, con deliberazione del direttore generale n. 175 del 11.08.2014, ha nominato in via definitiva i componenti dell’Organismo Indipendente di Valutazione della Performance (OIVP);

Atteso che l’OIVP, nelle sedute del 18.07.2014, del 11.08.2014, del 17.09.2014 e del 23.10.2014, ha esaminato e valutato il monitoraggio annuale delle schede di budget 2013, come risultante dai verbali n. 1, 2, 3 e 4 (agli atti dell’ufficio controllo di gestione);

Considerato che l’OIVP, nelle riunioni del 18.07.2014 e 11.08.2014, ha esaminato l’iter di valutazione individuale del personale del comparto per l’anno 2013 e ha confermato la valutazione di prima istanza (verbale n. 1 e n. 2 agli atti dell’ufficio controllo di gestione);

Considerato, altresì, che l’OIVP, nelle sedute del 17.09.2014, 23.10.2014, 12.11.2014, e con nota prot. 19163/CG del 27.11.2014 ha esaminato le schede di valutazione individuale del personale della dirigenza e ha convalidato la valutazione di prima istanza (verbali n. 3, 4 e 5 agli atti dell’ufficio controllo di gestione);

Ritenuto, sulla base dei suddetti verbali e della documentazione sopraccitata, di prendere atto dei risultati finali della valutazione annuale degli obiettivi di budget riportati nell’allegato alla presente deliberazione;

Visto il D.Lgs. 30.12.1992, n. 502 “*Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421.*” e s.m. ed i.;

Vista la L.R. 19.12.1996, n. 49 “*Norme in materia di programmazione, contabilità e controllo del Servizio sanitario regionale e disposizioni urgenti per l’integrazione socio-sanitaria.*” e s.m. ed i.;

Visto il D.Lgs. 16.10.2003, n. 288 “*Riordino della disciplina degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, a norma dell’articolo 42, comma 1, della L. 16 gennaio 2003, n. 3.*” e s.m. ed i.;

Vista la L.R. 10.08.2006, n. 14 “*Disciplina dell’assetto istituzionale, organizzativo e gestionale degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico “Burlo Garofolo” di Trieste e “Centro di Riferimento Oncologico” di Aviano.*” e s.m. ed i.;

Visti i pareri favorevoli sotto il profilo della regolarità contabile e dell’istruttoria della pratica anche in relazione alla sua compatibilità con la vigente legislazione regionale e statale;

Acquisiti i pareri favorevoli dei Direttori firmatari del presente provvedimento;

### D E L I B E R A

per le ragioni in premessa specificate, che qui si intendono tutte confermate e costituenti parte integrante e sostanziale anche del dispositivo:

- I.** di prendere atto, sulla base di quanto verbalizzato dall’OIVP nei verbali n. 1 del 18 luglio 2014, n. 2 del 11 agosto 2014, n. 3 del 17 settembre 2014, n. 4 del 23.10.2014 e n. 5 del 12.11.2014, della valutazione finale degli obiettivi di budget e delle schede individuali.

Allegati n. 1

- Valutazione annuale schede di Budget 2013

# Elenco firmatari

ATTO SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000 E DEL D.LGS. 82/2005 E SUCCESSIVE MODIFICHE E INTEGRAZIONI

Questo documento è stato firmato da:

NOME: ALESSANDRO FALDON

CODICE FISCALE: FLDLSN63E04C957S

DATA FIRMA: 03/12/2014 15:09:09

IMPRONTA: 592CEBBD6615E4A0945B8977F128302539B5BB4C3B1186D6309958662AB4D58C  
39B5BB4C3B1186D6309958662AB4D58C5F0EF489D82449646B2A352816A0A42E  
5F0EF489D82449646B2A352816A0A42E9AF8EC95515F6D1F2C12B5BF92F29A51  
9AF8EC95515F6D1F2C12B5BF92F29A514F94D09F45D04F46553D9718DBC28E16

NOME: RAFFAELLA CATTARUZZA

CODICE FISCALE: CTTRFL70L64A5160

DATA FIRMA: 03/12/2014 15:21:32

IMPRONTA: C5561B673EE02E1B84392FBDC29E3700B298FB5760B9EA1F60E6A442EBC81613  
B298FB5760B9EA1F60E6A442EBC8161320CAE8AB2AF2E833C290F704FE1175F3  
20CAE8AB2AF2E833C290F704FE1175F303B99B9E6E9C112DDFB96040C3008891  
03B99B9E6E9C112DDFB96040C30088913B04D29071D8D411389CED03850FB0BB

NOME: CRISTINA ANDRETTA

CODICE FISCALE: NDRCST65R67G888L

DATA FIRMA: 03/12/2014 15:26:32

IMPRONTA: 555E3F01CA5209A608D4A14CCBDD40EC5D1778202F0AFDE2FE518F231632B941  
5D1778202F0AFDE2FE518F231632B941745627E61A31CDF0633B763468860A36  
745627E61A31CDF0633B763468860A36343727865965B22EACF6CD35ABFB6A32  
343727865965B22EACF6CD35ABFB6A328D54C85F59EF82D84B2D6756F4625A82

NOME: CRISTINA ZAVAGNO

CODICE FISCALE: ZVGCST68P69Z401X

DATA FIRMA: 03/12/2014 17:02:07

IMPRONTA: 714E7B832F9119DC098943E525E9E51127E67D460A6DFAE464A8D19B33FE6D52  
27E67D460A6DFAE464A8D19B33FE6D52C6A3E02750A86E2DF4FDBFC9FB0FF50B  
C6A3E02750A86E2DF4FDBFC9FB0FF50B1FD3A8AFF1FA6A9F9FAEA0A6E40381F6  
1FD3A8AFF1FA6A9F9FAEA0A6E40381F60C03726A61219BE8B2A69CA52365D9E8

NOME: MATILDE CARLUCCI

CODICE FISCALE: CRLMLD61L47C448Q

DATA FIRMA: 04/12/2014 11:43:09

IMPRONTA: 805CC59582C7BE38E95E93429A53F1F449628589E67826BB9F417B12F9EAD3  
49628589E67826BB9F417B12F9EAD36BE7970F3B4657C44845E14037C63608  
6BE7970F3B4657C44845E14037C63608D639E1192A6DFB950435AD558435679A  
D639E1192A6DFB950435AD558435679A6700A7C73D7D72ECD747BCEE1841D908

NOME: PIERO CAPPELLETTI

CODICE FISCALE: CPPPRI49C05A530D

DATA FIRMA: 04/12/2014 11:45:19

IMPRONTA: 2677589C54310E04932188E90266DCA7D9925A2A292658EC935D311DC1282AB8  
D9925A2A292658EC935D311DC1282AB85B992A4D3C694BD91644027257C18B0C  
5B992A4D3C694BD91644027257C18B0CB12CCCEC2C78FED99BB54463ABEB2A3E  
B12CCCEC2C78FED99BB54463ABEB2A3E8FD40B6A63D6470B52AE267E522B47D5

Centro di Riferimento Oncologico - AVIANO

**VALUTAZIONE ANNUALE**

**SCHEDE DI BUDGET 2013**

Approvato dall'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance

L'obiettivo di rispettare il budget assegnato per i prodotti farmaceutici, precondizione per la valutazione degli altri obiettivi legati alla retribuzione di risultato dei direttori di struttura complessa e semplice dipartimentale, risulta raggiunto (vedasi l'obiettivo riportato alla fine della scheda)

**ASSISTENZA FARMACEUTICA**

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
monitorare l'utilizzo dei farmaci oncologici	95% delle informazioni essenziali per il 95% dei pazienti (campi essenziali: farmaco/indicazioni, diagnosi e stadiazione). Il monitoraggio è effettuato con cadenza mensile e per singolo professionista. La valutazione è individuale e sarà effettuata sulla base delle informazioni inserite con riferimento all'intero anno	<b>le cartelle oncologiche informatizzate sono implementate regolarmente con tutte le informazioni essenziali.</b>	100%		x	x
<p><b>struttura operativa: 99,70 oma, 99,29% alte dosi singoli professionisti: &gt; 95%</b></p>						
Garantire sul Registro dei Farmaci sottoposti a Monitoraggio l'inserimento di tutte le informazioni previste (registrazione/diagnosi/fine trattamento) finalizzato al recupero dei rimborsi secondo la procedura risk/cost sharing payment by result	1. iscrivere il paziente nel registro RFOM alla prima consegna del farmaco 2. inserire nel RFOM le informazioni previste: registrazione, diagnosi, richieste di farmaco, effetti indesiderati, rivalutazione dello stato di malattia e fine trattamento entro i termini previsti da OncoAifa. La valutazione sarà effettuata a livello di struttura operativa	<b>evidenza dell'attuazione degli indicatori</b>	non valutabile		x	x
<p>nella prima revisione di budget prevista per il mese di maggio verrà valutato se validare o modificare gli indicatori</p>						
<p><b>L'attività è stata garantita da un altro servizio in accordo con le direzioni</b></p>						
contenimento e governo delle prescrizioni dei farmaci ad alto costo	il 90% della spesa farmaceutica generata da un elenco di farmaci chemioterapici ad alto costo è appropriata secondo le indicazioni ufficiali	<b>rispetto dell'indicatore</b>	100%		x	x

**I farmaci oggetto di monitoraggio sono:**  
**ABRAXANE\*5MG/ML FL100MG 50ML**  **Nab-PACLITAXEL**  
**ALIMTA 500MG**  **PEMETREXED**  
**AVASTIN\*25MG/ML 1FL 16ML**  **BEVACIZUMAB**  
**ERBITUX\*5MG/ML IV FL 20ML**  **CETUXIMAB**  
**HERCEPTIN\*150MG IV 1 FL 150**  **TRASTUZUMAB**  
**JAVLOR\*25MG/ML 1FL 10ML**  **VINFLUNINA**  
**JEVTANA\*EV 1FL 60MG 1,5ML+1F**  **cabazitaxel**  
**LEVACT\*100 MG (2,5MG/ML) IV (CONF 5 FL)**  **Bendamustina**  
**MABTHERA\*IV 1 FL 500 MG 50ML**  **RITUXIMAB**  
**MOZOBIL 24MG**  **PLERIXAFOR**  
**VECTIBIX\*20MG/ML IV 1FL 20ML**  **PANITUMUMAB**  
**VELCADE 3,5MG**  **BORTEZOMIB**  
**YONDELIS\*1MG 1FL**  **TRABECTEDINA**  
**95% (nota prot. 17/2014 F del 24.03.2014)**

## ASSISTENZA FARMACEUTICA

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
L'azienda incentiva la prescrizione dei medicinali a brevetto scaduto e in particolare dovranno essere promosse iniziative in linea con gli obiettivi previsti dagli indicatori di programmazione e controllo individuati dall'AIFA ai sensi del DL 78/2010.	rapporto tra dosi di farmaci a brevetto scaduto e dosi di originator (se di costo superiore): il 90% delle dosi appartiene al gruppo delle molecole al costo non superiore a quello del farmaco a brevetto scaduto	rispetto dell'indicatore	100%		x	x

92,4% a livello aziendale (nota prot. 01/2014 F del 07.01.2014)

## ATTIVITÀ

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
attività di ricovero e ambulatoriale	valore DRG ricoveri area medica e valore attività ambulatoriale delle strutture di oncologia e alte dosi	€ 14.900.000 attività di ricovero e ambulatoriale	100,00%	70%	x	x

Valutazione proporzionale con un margine di tolleranza del 1%.

In sede di 2° revisione di budget, l'obiettivo potrà essere rivalutato a seguito dell'impatto della chiusura dell'attività dei trapianti per i lavori di messa a norma dell'edificio.

€ 15.042.827

attività di ricovero	indice di case mix ricoveri ordinari	0,87 per OMA e 2,37 per Alte Dosi	in linea		x	x
----------------------	--------------------------------------	-----------------------------------	----------	--	---	---

OMA 0,87 e Alte Dosi 1,98. La riduzione del valore dell'ICM della struttura delle alte dosi è conseguenza della ristrutturazione logistica che ha comportato una riduzione dell'attività dei trapianti. L'obiettivo viene pertanto considerato in linea con il target assegnato.

attività di ricovero	degenza media dipartimentale per i ricoveri ordinari non superiore a 5 giornate (con esclusione della sosd alte dosi).	mantenimento dei risultati ottenuti nel 2012 per la degenza media dipartimentale dei ricoveri ordinari (con esclusione della sosd alte dosi)	100%		x	
----------------------	--	--	------	--	---	--

5 degenza media

pubblicazioni scientifiche	valore impact factor normalizzato dipartimentale	valore dipartimentale: 160 IF normalizzato	100,00%	20%	x	x
----------------------------	--	--	---------	-----	---	---

l'obiettivo è assegnato e valutato a livello dipartimentale secondo il criterio di proporzionalità.

231

## ATTIVITÀ

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
<b>variabili attività scientifica (Allegato 1)</b>	punti attività scientifica della struttura operativa	<b>punteggio &gt; 4</b>	<b>100,00%</b>	<b>5%</b>	x	x

*I punteggi realizzati vengono valutati come segue:  
 un punteggio > = 4 punti = 100%  
 un punteggio < 1 punti = 0  
 il restante = 80%*

**punti 17,1**

<b>contributo all'attivazione di ambulatori clinico sperimentali</b>	- attivazione ambulatorio follow-up lungosopravvivenenti oncologici entro il 31.12 - attivazione dell'ambulatorio leucemie linfatiche croniche entro il 31.12	<b>evidenza dell'attivazione degli ambulatori</b>	<b>in linea</b>		x	x
--	--	---	-----------------	--	---	---

**- Con nota prot.n. 14791/S del 21/8/2013 si è autorizzata l'attivazione dell'Ambulatorio della Leucemia Linfatica Cronica, sindromi linfoproliferative e linfocistosi a decorrere dal giorno 2 settembre 2013.  
 - l'ambulatorio è attivo (nota prot. 10208/S del 01.07.2014)**

## CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
<b>revisione del sistema di continuità assistenziale intraospedaliero</b>	attivazione della nuova modalità di riprogettazione che consente la differenziazione degli accessi in regime di DH e ambulatoriale per fascia oraria.	<b>riprogettazione delle modalità di prenotazione finalizzata alla differenziazione degli accessi per fascia oraria</b>	<b>in linea</b>		x	x

**La revisione del sistema è avvenuta ad inizio giugno 2013 con la creazione in g3 di 4 agende distinte secondo le attività specifiche di ogni oncologia. In funzione dei criteri di selezione di accesso viene assegnato l'appuntamento per fascia oraria.**

## GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
<b>partecipazione al progetto di revisione della gestione del consenso informato</b>	nella cartella CRO è sempre documentata (≥ 95% dei casi) l'acquisizione del consenso informato da parte del medico curante. I tempi e le modalità di rilevazione sono quelli previsti nel programma regionale del rischio e del governo clinico	<b>il consenso informato è acquisito per tutte le procedure eseguite in regime di ricovero o ambulatoriale per le quali è previsto</b>	<b>100%</b>		x	x

**100% su un campione di 60 cartelle (30 oma e 30 TCAD) (monitoraggio direzione sanitaria)**

## GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
certificazione e accreditamento	è conseguito l'accREDITamento internazionale secondo lo standard JACIE (l'obiettivo si intende raggiunto anche nel caso di accREDITamento con prescrizione)	accREDITamento internazionale jacie	100,00%	5%	x	x
<p><b>Nel mese di settembre 2013 si è svolta la visita di accREDITamento da parte di JACIE e CNT/CNS. L'esito è stato positivo con alcune osservazioni alle quali dare risposta entro 4 mesi.</b></p>						
certificazione e accREDITamento	certificazione ISO 9001-2008 : rispetto delle scadenze ed esito positivo delle eventuali visite di sorveglianza	rispetto degli adempimenti previsti nel 2013 ed esito positivo delle eventuali visite di sorveglianza	in linea		x	x
<p><b>Nel mese di ottobre 2013 si è svolta la visita di rinnovo della certificazione da parte dell'ente certificante (Bureau Veritas). La struttura ha ottenuto la certificazione con Non Conformità e/o osservazioni</b></p>						
partecipazione al programma di accREDITamento internazionale	L'Ente accREDITante conferma l'accREDITamento internazionale per l'Istituto	conferma dell'accREDITamento internazionale (l'obiettivo si intende raggiunto anche nel caso di accREDITamento con prescrizione)	in linea		x	x
<p><b>AccREDITation Canada con nota del 27.03.2013 ha riconosciuto al CRO l'accREDITamento livello PLATINO con raccomandazioni alle quali è stato risposto con esito positivo.</b></p>						
riduzione del rischio nella somministrazione farmaci	monitoraggio della direzione sanitaria con campionamenti trimestrali della documentazione clinica per accertare il corretto utilizzo della scheda unica di terapia	utilizzo della scheda unica di terapia	non in linea		x	x
<p><b>40% su un campione di 30 cartelle OMA 43,33% su un campione di 30 cartelle TCAD (monitoraggio direzione sanitaria)</b></p>						

## GESTIONE RISORSE UMANE E ORGANIZZAZIONE

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
gestire le ferie	100% ferie anno corrente e abbattimento ferie pregresse: per il personale con residuo ferie al 1/1/13 >8 gg: ridurre il residuo ferie al 1/1/13 di almeno il 10%; b) per il personale con residuo ferie al 1/1/13 ≤8 gg: residuo ferie al 1/1/14 ≤8 gg.	perseguire nel percorso di abbattimento del residuo ferie 535 gg	non in linea		x	x
<p><i>nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso.</i></p>						
<p><b>504 gg</b></p>						

# GESTIONE RISORSE UMANE E ORGANIZZAZIONE

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
gestione corretta del regolamento aziendale sull'orario di lavoro	verifica dell'assenza di recuperi a giornate intere consecutive in presenza di ferie residue	gestione corretta del regolamento	in linea	<input type="checkbox"/>	x	<input type="checkbox"/>

E' stato concordato di valutare l'indicatore a partire dal mese di giugno. Il monitoraggio effettuato dall'ufficio personale riferito al periodo giugno-dicembre evidenzia il rispetto dell'indicatore.

piani di lavoro	i piani devono essere inviati alla direzione sanitaria entro la fine del mese precedente a quello cui la programmazione si riferisce	i piani di lavoro sono inviati regolarmente rispettando l'indicatore	OMA: 16,7% ALTE DOSI: 75%	<input type="checkbox"/>	x	<input type="checkbox"/>
-----------------	--	--	------------------------------	--------------------------	---	--------------------------

OMA: i piani di lavoro sono stati inviati nei tempi prestabiliti solo nei mesi di giugno e luglio; sono pervenuti oltre i termini i piani di lavoro relativi ai mesi di gennaio-maggio e non sono pervenuti quelli di agosto-dicembre  
ALTE DOSI: i piani di lavoro sono stati inviati nei tempi prestabiliti nei mesi di febbraio e maggio-dicembre; sono pervenuti oltre i termini i piani di lavoro relativi ai mesi di gennaio e marzo-aprile

valutazione dei dirigenti	le valutazioni dei dirigenti sono completate secondo le indicazioni diffuse dalle direzioni	completamento dei percorsi di valutazione dei dirigenti previsti nel 2013	in linea	<input type="checkbox"/>	x	<input type="checkbox"/>
---------------------------	---	---	----------	--------------------------	---	--------------------------

valutazione effettuata con riferimento all'anno 2012

partecipazione del personale della struttura a specifiche attività formative individuate dalle direzioni con priorità a quelle riguardanti il rispetto del codice di protezione dei dati personali	partecipazione di almeno 1 dirigente alle attività formative richieste dalle Direzioni (le attività formative verranno segnalate ad hoc)	evidenza della partecipazione	in linea	<input type="checkbox"/>	x	x
--	--	-------------------------------	----------	--------------------------	---	---

Iniziativa individuate dalle direzioni:

- incontri formativi in materia di codice di protezione dei dati personali: 11 partecipanti
- incontri formativi in materia di attuazione delle misure anticorruzione (prot. 9893/DG del 28.05): 2 partecipanti
- corsi di formazione all'utilizzo del G2 clinico e della prescrizione chemioterapica si sono svolti nelle giornate del 12-27/11: 5 partecipanti

Procedura per la formazione e valorizzazione del neoassunto, compresi i contratti atipici	monitoraggio a campione da parte della dir. san. della scheda di valutazione. Il campione deve riguardare almeno il 50% del personale inserito nel 2013 con eventuali approssimazioni per eccesso (es.: 1 =1, 3= 2)	Applicazione della procedura definita nel 2011	non valutabile	<input type="checkbox"/>	x	<input type="checkbox"/>
---	---	--	----------------	--------------------------	---	--------------------------

Non ci sono stati neoassunti

## SISTEMI INFORMATIVI

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
<b>corretta trasmissione delle SDO</b>	- 100% di SDO chiuse nei termini - 100% dei campi obbligatori compilati	<b>Chiudere la SDO entro il ventesimo giorno del mese successivo a quello della dimissione del paziente per i ricoveri ordinari e dell'ultimo accesso per i ricoveri in DH con tutti i campi obbligatori compilati</b>	100%		x	x

viene riconosciuta una franchigia del 5% se motivata applicata solo se questa consente il raggiungimento al 100% dell'obiettivo. La valutazione è effettuata secondo un criterio proporzionale

**95,33% sdo chiuse nei termini e 98,47% campi obbligatori compilati. Media raggiungimento 96,90%. Con l'applicazione della franchigia l'obiettivo viene considerato raggiunto al 100%**

<b>garantire la prenotazione centralizzata attraverso g3</b>	il 100% delle prestazioni ambulatoriali individuate ed erogate sono prenotate a sistema	<b>le prest amb (compresa LP) sono prenotate a sistema. Per l'attività istituzionale erogata i codici del tariffario considerati sono: 89.01 e 89.7</b>	100%		x	x
--	---	---	------	--	---	---

viene riconosciuta una franchigia del 10% se motivata sul numero di prestazioni ambulatoriali istituzionali. La franchigia viene applicata solo se questa consente il raggiungimento al 100% dell'obiettivo. La valutazione è effettuata secondo un criterio proporzionale

**il 94,67% delle prestazioni sono prenotate a sistema. Diventa il 100% con l'applicazione della franchigia**

<b>utilizzo del sistema g2 clinico</b>	100%	<b>numero di visite ambulatoriali refertate con il g2 clinico ai fini del ritorno dell'erogato</b>	100%		x	x
--	------	--	------	--	---	---

viene riconosciuta una franchigia del 10% se motivata e viene applicata solo se questa consente il raggiungimento al 100% dell'obiettivo. La valutazione è effettuata secondo un criterio proporzionale.

**il 99,91% delle prestazioni ambulatoriali è refertato con il G2 clinico. Diventa il 100% con l'applicazione della franchigia**

## RISORSE PRODOTTI SANITARI

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
<b>rispettare il budget assegnato per i prodotti farmaceutici</b>	Le modalità di valutazione sono riportate nella premessa della scheda di budget	<b>€ 9.220.000 budget consumi diretti delle strutture di OMA e delle alte dosi e € 1.350.000 budget consumi comuni dipartimentali</b>	in linea		x	

**€ 8.517.153 budget consumi diretti della struttura di OMA e € 1.345.220 budget consumi comuni dipartimentali.**

**% raggiungimento ob. incentivati**

**% valutazione**

**Totale raggiungimento obiettivi valutati**

**100,00%**

**100,00%**

## Approvato dall'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance

L'obiettivo di rispettare il budget assegnato per i prodotti farmaceutici, precondizione per la valutazione degli altri obiettivi legati alla retribuzione di risultato dei direttori di struttura complessa e semplice dipartimentale, risulta raggiunto (vedasi l'obiettivo riportato alla fine della scheda)

## ASSISTENZA FARMACEUTICA

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
monitorare l'utilizzo dei farmaci oncologici	95% delle informazioni essenziali per il 95% dei pazienti (campi essenziali: farmaco/indicazioni, diagnosi e stadiazione). Il monitoraggio è effettuato con cadenza mensile e per singolo professionista. La valutazione è individuale e sarà effettuata sulla base delle informazioni inserite con riferimento all'intero anno	<b>le cartelle oncologiche informatizzate sono implementate regolarmente con tutte le informazioni essenziali.</b>	100%		x	x
<b>struttura operativa: 97,96%</b> <b>singoli professionisti: &gt; 95%</b>						
Garantire sul Registro dei Farmaci sottoposti a Monitoraggio l'inserimento di tutte le informazioni previste (registrazione/diagnosi/fine trattamento) finalizzato al recupero dei rimborsi secondo la procedura risk/cost sharing payment by result	1. iscrivere il paziente nel registro RFOM alla prima consegna del farmaco 2. inserire nel RFOM le informazioni previste: registrazione, diagnosi, richieste di farmaco, effetti indesiderati, rivalutazione dello stato di malattia e fine trattamento entro i termini previsti da OncoAifa. La valutazione sarà effettuata a livello di struttura operativa	<b>evidenza dell'attuazione degli indicatori</b>	non valutabile		x	x
nella prima revisione di budget prevista per il mese di maggio verrà valutato se validare o modificare gli indicatori						
<b>L'attività è stata garantita da un altro servizio in accordo con le direzioni</b>						
contenimento e governo delle prescrizioni dei farmaci ad alto costo	il 90% della spesa farmaceutica generata da un elenco di farmaci chemioterapici ad alto costo è appropriata secondo le indicazioni ufficiali	<b>rispetto dell'indicatore</b>	100%		x	x

**I farmaci oggetto di monitoraggio sono:**  
**ABRAXANE\*5MG/ML FL100MG 50ML**  **Nab-PACLITAXEL**  
**ALIMTA 500MG**  **PEMETREXED**  
**AVASTIN\*25MG/ML 1FL 16ML**  **BEVACIZUMAB**  
**ERBITUX\*5MG/ML IV FL 20ML**  **CETUXIMAB**  
**HERCEPTIN\*150MG IV 1 FL 150**  **TRASTUZUMAB**  
**JAVLOR\*25MG/ML 1FL 10ML**  **VINFLUNINA**  
**JEVTANA\*EV 1FL 60MG 1,5ML+1F**  **cabazitaxel**  
**LEVACT\*100 MG (2,5MG/ML) IV (CONF 5 FL)**  **Bendamustina**  
**MABTHERA\*IV 1 FL 500 MG 50ML**  **RITUXIMAB**  
**MOZOBIL 24MG**  **PLERIXAFOR**  
**VECTIBIX\*20MG/ML IV 1FL 20ML**  **PANITUMUMAB**  
**VELCADE 3,5MG**  **BORTEZOMIB**  
**YONDELIS\*1MG 1FL**  **TRABECTEDINA**

87% in termini di spesa complessiva, 93% in termini di numero pazienti (nota prot. 17/2014 F del 24.03.2014). Il responsabile della Farmacia durante la riunione dell'OIV in data 11.08 ha precisato che a seguito della registrazione di alcuni dati mancanti l'obiettivo può essere considerato raggiunto al 100%

## ASSISTENZA FARMACEUTICA

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
L'azienda incentiva la prescrizione dei medicinali a brevetto scaduto e in particolare dovranno essere promosse iniziative in linea con gli obiettivi previsti dagli indicatori di programmazione e controllo individuati dall'AIFA ai sensi del DL 78/2010.	rapporto tra dosi di farmaci a brevetto scaduto e dosi di originator (se di costo superiore): il 90% delle dosi appartiene al gruppo delle molecole al costo non superiore a quello del farmaco a brevetto scaduto	rispetto dell'indicatore	100%		x	x

92,4% a livello aziendale (nota prot. 01/2014 F del 07.01.2014)

## ATTIVITÀ

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
attività di ricovero e ambulatoriale	valore DRG ricoveri area medica e valore attività ambulatoriale delle strutture di oncologia e alte dosi	€ 14.900.000 attività di ricovero e ambulatoriale	100,00%	75%	x	x

Valutazione proporzionale con un margine di tolleranza del 1%.

In sede di 2° revisione di budget, l'obiettivo potrà essere rivalutato a seguito dell'impatto della chiusura dell'attività dei trapianti per i lavori di messa a norma dell'edificio.

€ 15.042.827

attività di ricovero	indice di case mix ricoveri ordinari	0,74	100%		x	x
----------------------	--------------------------------------	------	------	--	---	---

0,75

attività di ricovero	degenza media dipartimentale per i ricoveri ordinari non superiore a 5 giornate (con esclusione della sosd alte dosi).	mantenimento dei risultati ottenuti nel 2012 per la degenza media dipartimentale dei ricoveri ordinari (con esclusione della sosd alte dosi)	100%		x	
----------------------	--	--	------	--	---	--

5 degenza media

pubblicazioni scientifiche	valore impact factor normalizzato dipartimentale	valore dipartimentale: 160 IF normalizzato	100,00%	20%	x	x
----------------------------	--	--	---------	-----	---	---

l'obiettivo è assegnato e valutato a livello dipartimentale secondo il criterio di proporzionalità.

231

variabili attività scientifica (Allegato 1)	punti attività scientifica della struttura operativa	punteggio > 4	100,00%	5%	x	x
---	--	---------------	---------	----	---	---

I punteggi realizzati vengono valutati come segue:

un punteggio > = 4 punti = 100%

un punteggio < 1 punti = 0

il restante = 80%

punti 6,5

## ATTIVITÀ

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
contributo all'attivazione di ambulatori clinico sperimentali	attivazione ambulatori follow-up lungosopravvivenenti oncologici entro il 31.12	evidenza dell'attivazione dell'ambulatorio	in linea	<input type="checkbox"/>	x	x

**L'ambulatorio è attivo (nota prot. 10208/S del 01.07.2014)**

## CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
revisione del sistema di continuità assistenziale intraospedaliero	attivazione della nuova modalità di riprogettazione che consente la differenziazione degli accessi in regime di DH e ambulatoriale per fascia oraria.	riprogettazione delle modalità di prenotazione finalizzata alla differenziazione degli accessi per fascia oraria	in linea	<input type="checkbox"/>	x	x

**La revisione del sistema è avvenuta ad inizio giugno 2013 con la creazione in g3 di 4 agende distinte secondo le attività specifiche di ogni oncologia. In funzione dei criteri di selezione di accesso viene assegnato l'appuntamento per fascia oraria.**

## GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
partecipazione al progetto di revisione della gestione del consenso informato	nella cartella CRO è sempre documentata (≥ 95% dei casi) l'acquisizione del consenso informato da parte del medico curante. I tempi e le modalità di rilevazione sono quelli previsti nel programma regionale del rischio e del governo clinico	il consenso informato è acquisito per tutte le procedure eseguite in regime di ricovero o ambulatoriale per le quali è previsto	100%	<input type="checkbox"/>	x	x

**96,67% su un campione di 30 cartelle (monitoraggio direzione sanitaria)**

partecipazione al programma di accreditamento internazionale	L'Ente accreditante conferma l'accREDITamento internazionale per l'Istituto	conferma dell'accREDITamento internazionale (l'obiettivo si intende raggiunto anche nel caso di accREDITamento con prescrizione)	in linea	<input type="checkbox"/>	x	x
--	---	--	----------	--------------------------	---	---

**Accreditation Canada con nota del 27.03.2013 ha riconosciuto al CRO l'accREDITamento livello PLATINO con raccomandazioni alle quali è stato risposto con esito positivo.**

riduzione del rischio nella somministrazione farmaci	monitoraggio della direzione sanitaria con campionamenti trimestrali della documentazione clinica per accertare il corretto utilizzo della scheda unica di terapia	utilizzo della scheda unica di terapia	non in linea	<input type="checkbox"/>	x	x
--	--	--	--------------	--------------------------	---	---

**56,67% su un campione di 30 cartelle (monitoraggio direzione sanitaria)**

# GESTIONE RISORSE UMANE E ORGANIZZAZIONE

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione retr. risultato	Valutazione		
				respons.	individ.	
<b>gestire le ferie</b>	100% ferie anno corrente e abbattimento ferie pregresse: per il personale con residuo ferie al 1/1/13 >8 gg: ridurre il residuo ferie al 1/1/13 di almeno il 10%; b) per il personale con residuo ferie al 1/1/13 ≤8 gg: residuo ferie al 1/1/14 ≤8 gg.	<b>perseguire nel percorso di abbattimento del residuo ferie</b> 76 gg	<b>non in linea</b>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<p><i>nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso.</i></p>						
68 gg						
<b>gestione corretta del regolamento aziendale sull'orario di lavoro</b>	verifica dell'assenza di recuperi a giornate intere consecutive in presenza di ferie residue	<b>gestione corretta del regolamento</b>	<b>in linea</b>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p><b>E' stato concordato di valutare l'indicatore a partire dal mese di giugno. Il monitoraggio effettuato dall'ufficio personale riferito al periodo giugno-dicembre evidenzia il rispetto dell'indicatore.</b></p>						
<b>piani di lavoro</b>	i piani devono essere inviati alla direzione sanitaria entro la fine del mese precedente a quello cui la programmazione si riferisce	<b>i piani di lavoro sono inviati regolarmente rispettando l'indicatore</b>	<b>91,7%</b>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p><b>i piani di lavoro sono stati inviati nei tempi prestabiliti nei mesi Gennaio - Marzo e Maggio-Dicembre; è pervenuto oltre i termini il piano di lavoro relativo al mese di aprile</b></p>						
<b>valutazione dei dirigenti</b>	le valutazioni dei dirigenti sono completate secondo le indicazioni diffuse dalle direzioni	<b>completamento dei percorsi di valutazione dei dirigenti previsti nel 2013</b>	<b>in linea</b>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p><b>valutazione effettuata con riferimento all'anno 2012</b></p>						
<b>partecipazione del personale della struttura a specifiche attività formative individuate dalle direzioni con priorità a quelle riguardanti il rispetto del codice di protezione dei dati personali</b>	partecipazione di almeno 1 dirigente alle attività formative richieste dalle Direzioni (le attività formative verranno segnalate ad hoc)	<b>evidenza della partecipazione</b>	<b>non in linea per il corso anticorruzione</b>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<p><b>Iniziative individuate dalle direzioni:</b>                      - incontri formativi in materia di codice di protezione dei dati personali: 2 partecipanti                      - incontri formativi in materia di attuazione delle misure anticorruzione (prot. 9893/DG del 28.05): nessun partecipante                      - corsi di formazione all'utilizzo del G2 clinico e della prescrizione chemioterapica si sono svolti nelle giornate del 12-27/11: 1 partecipanti</p>						
<b>Procedura per la formazione e valorizzazione del neoassunto, compresi i contratti atipici</b>	monitoraggio a campione da parte della dir. san. della scheda di valutazione. Il campione deve riguardare almeno il 50% del personale inserito nel 2013 con eventuali approssimazioni per eccesso (es.: 1 =1, 3= 2)	<b>Applicazione della procedura definita nel 2011</b>	<b>non valutabile</b>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p><b>Non ci sono stati neoassunti</b></p>						

## SISTEMI INFORMATIVI

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
corretta trasmissione delle SDO	- 100% di SDO chiuse nei termini - 100% dei campi obbligatori compilati	Chiudere la SDO entro il ventesimo giorno del mese successivo a quello della dimissione del paziente per i ricoveri ordinari e dell'ultimo accesso per i ricoveri in DH con tutti i campi obbligatori compilati	100%		x	x

viene riconosciuta una franchigia del 5% se motivata applicata solo se questa consente il raggiungimento al 100% dell'obiettivo. La valutazione è effettuata secondo un criterio proporzionale

**93,99% sdo chiuse nei termini e 96,87% campi obbligatori compilati. Media raggiungimento 95,43%. Con l'applicazione della franchigia l'obiettivo viene considerato raggiunto al 100%**

garantire la prenotazione centralizzata attraverso g3	il 100% delle prestazioni ambulatoriali individuate ed erogate sono prenotate a sistema	le prest amb (compresa LP) sono prenotate a sistema. Per l'attività istituzionale erogata i codici del tariffario considerati sono: 89.01 e 89.7	100%		x	x
---	---	--	------	--	---	---

viene riconosciuta una franchigia del 10% se motivata sul numero di prestazioni ambulatoriali istituzionali. La franchigia viene applicata solo se questa consente il raggiungimento al 100% dell'obiettivo. La valutazione è effettuata secondo un criterio proporzionale

**il 93,99% delle prestazioni sono prenotate a sistema. Diventa il 100% con l'applicazione della franchigia**

utilizzo del sistema g2 clinico	100%	numero di visite ambulatoriali refertate con il g2 clinico ai fini del ritorno dell'erogato	100%		x	x
---------------------------------	------	---	------	--	---	---

viene riconosciuta una franchigia del 10% se motivata e viene applicata solo se questa consente il raggiungimento al 100% dell'obiettivo. La valutazione è effettuata secondo un criterio proporzionale.

**il 100% delle prestazioni ambulatoriali è refertato con il G2 clinico**

## RISORSE PRODOTTI SANITARI

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
rispettare il budget assegnato per i prodotti farmaceutici	Le modalità di valutazione sono riportate nella premessa della scheda di budget	€ 2.140.000 budget consumi diretti della struttura di OMB e € 1.350.000 budget consumi comuni dipartimentali	in linea		x	

**€ 2.176.074 budget consumi diretti della struttura di OMB e € 1.345.220 budget consumi comuni dipartimentali. Nei consumi diretti si rileva l'utilizzo a partire da settembre del farmaco pazotinib, non previsto al momento dell'assegnazione del budget. Il totale del consumo di questo farmaco ammonta per il 2013 a € 35.170. Di conseguenza l'obiettivo viene ritenuto in linea.**

**% raggiungimento ob. incentivati**

**% valutazione**

Totale raggiungimento obiettivi valutati

**100,00%**

**100,00%**

## Approvato dall'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance

L'obiettivo di rispettare il budget assegnato per i prodotti farmaceutici, precondizione per la valutazione degli altri obiettivi legati alla retribuzione di risultato dei direttori di struttura complessa e semplice dipartimentale, risulta raggiunto (vedasi l'obiettivo riportato alla fine della scheda)

## ASSISTENZA FARMACEUTICA

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
monitorare l'utilizzo dei farmaci oncologici	95% delle informazioni essenziali per il 95% dei pazienti (campi essenziali: farmaco/indicazioni, diagnosi e stadiazione). Il monitoraggio è effettuato con cadenza mensile e per singolo professionista. La valutazione è individuale e sarà effettuata sulla base delle informazioni inserite con riferimento all'intero anno	<b>le cartelle oncologiche informatizzate sono implementate regolarmente con tutte le informazioni essenziali.</b>	100%		x	x
<b>struttura operativa: 99,93%</b> <b>singoli professionisti: &gt; 95%</b>						
Garantire sul Registro dei Farmaci sottoposti a Monitoraggio l'inserimento di tutte le informazioni previste (registrazione/diagnosi/fine trattamento) finalizzato al recupero dei rimborsi secondo la procedura risk/cost sharing payment by result	1. iscrivere il paziente nel registro RFOM alla prima consegna del farmaco 2. inserire nel RFOM le informazioni previste: registrazione, diagnosi, richieste di farmaco, effetti indesiderati, rivalutazione dello stato di malattia e fine trattamento entro i termini previsti da OncoAifa. La valutazione sarà effettuata a livello di struttura operativa	<b>evidenza dell'attuazione degli indicatori</b>	non valutabile		x	x
<i>nella prima revisione di budget prevista per il mese di maggio verrà valutato se validare o modificare gli indicatori</i>						
<b>L'attività è stata garantita da un altro servizio in accordo con le direzioni</b>						
contenimento e governo delle prescrizioni dei farmaci ad alto costo	il 90% della spesa farmaceutica generata da un elenco di farmaci chemioterapici ad alto costo è appropriata secondo le indicazioni ufficiali	<b>rispetto dell'indicatore</b>	100%		x	x

I farmaci oggetto di monitoraggio sono:  
 ABRAXANE\*5MG/ML FL100MG 50ML □ Nab-PACLITAXEL  
 ALIMTA 500MG □ PEMETREXED  
 AVASTIN\*25MG/ML 1FL 16ML □ BEVACIZUMAB  
 ERBITUX\*5MG/ML IV FL 20ML □ CETUXIMAB  
 HERCEPTIN\*150MG IV 1 FL 150 □ TRASTUZUMAB  
 JAVLOR\*25MG/ML 1FL 10ML □ VINFLUNINA  
 JEVTANA\*EV 1FL 60MG 1,5ML+1F □ cabazitaxel  
 LEVACT\*100 MG (2,5MG/ML) IV (CONF 5 FL) □ Bendamustina  
 MABTHERA\*IV 1 FL 500 MG 50ML □ RITUXIMAB  
 MOZOBIL 24MG □ PLERIXAFOR  
 VECTIBIX\*20MG/ML IV 1FL 20ML □ PANITUMUMAB  
 VELCADE 3,5MG □ BORTEZOMIB  
 YONDELIS\*1MG 1FL □ TRABECTEDINA  
 97% (nota prot. 17/2014 F del 24.03.2014)

## ASSISTENZA FARMACEUTICA

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
L'azienda incentiva la prescrizione dei medicinali a brevetto scaduto e in particolare dovranno essere promosse iniziative in linea con gli obiettivi previsti dagli indicatori di programmazione e controllo individuati dall'AIFA ai sensi del DL 78/2010.	rapporto tra dosi di farmaci a brevetto scaduto e dosi di originator (se di costo superiore): il 90% delle dosi appartiene al gruppo delle molecole al costo non superiore a quello del farmaco a brevetto scaduto	rispetto dell'indicatore	100%		x	x

92,4% a livello aziendale (nota prot. 01/2014 F del 07.01.2014)

## ATTIVITÀ

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
attività di ricovero e ambulatoriale	valore DRG ricoveri area medica e valore attività ambulatoriale delle strutture di oncologia e alte dosi	€ 14.900.000 attività di ricovero e ambulatoriale	100,00%	75%	x	x

Valutazione proporzionale con un margine di tolleranza del 1%.

In sede di 2° revisione di budget, l'obiettivo potrà essere rivalutato a seguito dell'impatto della chiusura dell'attività dei trapianti per i lavori di messa a norma dell'edificio.

€ 15.042.827

attività di ricovero	indice di case mix ricoveri ordinari	0,76	100%		x	x
----------------------	--------------------------------------	------	------	--	---	---

0,76

attività di ricovero	degenza media dipartimentale per i ricoveri ordinari non superiore a 5 giornate (con esclusione della sosd alte dosi).	mantenimento dei risultati ottenuti nel 2012 per la degenza media dipartimentale dei ricoveri ordinari (con esclusione della sosd alte dosi)	100%		x	
----------------------	--	--	------	--	---	--

5 degenza media

pubblicazioni scientifiche	valore impact factor normalizzato dipartimentale	valore dipartimentale: 160 IF normalizzato	100,00%	20%	x	x
----------------------------	--	--	---------	-----	---	---

l'obiettivo è assegnato e valutato a livello dipartimentale secondo il criterio di proporzionalità.

231

variabili attività scientifica (Allegato 1)	punti attività scientifica della struttura operativa	punteggio > 4	100,00%	5%	x	x
---	--	---------------	---------	----	---	---

I punteggi realizzati vengono valutati come segue:

un punteggio >= 4 punti = 100%

un punteggio < 1 punti = 0

il restante = 80%

punti 14

## ATTIVITÀ

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
contributo all'attivazione di ambulatori clinico sperimentali	attivazione ambulatori follow-up lungosopravvivenenti oncologici entro il 31.12	evidenza dell'attivazione dell'ambulatorio	in linea	<input type="checkbox"/>	x	x

**L'ambulatorio è attivo (nota prot. 10208/S del 01.07.2014)**

## CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
revisione del sistema di continuità assistenziale intraospedaliero	attivazione della nuova modalità di riprogettazione che consente la differenziazione degli accessi in regime di DH e ambulatoriale per fascia oraria.	riprogettazione delle modalità di prenotazione finalizzata alla differenziazione degli accessi per fascia oraria	in linea	<input type="checkbox"/>	x	x

**La revisione del sistema è avvenuta ad inizio giugno 2013 con la creazione in g3 di 4 agende distinte secondo le attività specifiche di ogni oncologia. In funzione dei criteri di selezione di accesso viene assegnato l'appuntamento per fascia oraria.**

## GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
partecipazione al progetto di revisione della gestione del consenso informato	nella cartella CRO è sempre documentata (≥ 95% dei casi) l'acquisizione del consenso informato da parte del medico curante. I tempi e le modalità di rilevazione sono quelli previsti nel programma regionale del rischio e del governo clinico	il consenso informato è acquisito per tutte le procedure eseguite in regime di ricovero o ambulatoriale per le quali è previsto	100%	<input type="checkbox"/>	x	x

**100% su un campione di 30 cartelle (monitoraggio direzione sanitaria)**

partecipazione al programma di accreditamento internazionale	L'Ente accreditante conferma l'accREDITAMENTO internazionale per l'Istituto	conferma dell'accREDITAMENTO internazionale (l'obiettivo si intende raggiunto anche nel caso di accREDITAMENTO con prescrizione)	in linea	<input type="checkbox"/>	x	x
--	---	--	----------	--------------------------	---	---

**Accreditation Canada con nota del 27.03.2013 ha riconosciuto al CRO l'accREDITAMENTO livello PLATINO con raccomandazioni alle quali è stato risposto con esito positivo.**

riduzione del rischio nella somministrazione farmaci	monitoraggio della direzione sanitaria con campionamenti trimestrali della documentazione clinica per accertare il corretto utilizzo della scheda unica di terapia	utilizzo della scheda unica di terapia	non in linea	<input type="checkbox"/>	x	x
--	--	--	--------------	--------------------------	---	---

**83,33% su un campione di 30 cartelle (monitoraggio direzione sanitaria)**

# GESTIONE RISORSE UMANE E ORGANIZZAZIONE

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
<b>gestire le ferie</b>	100% ferie anno corrente e abbattimento ferie pregresse: per il personale con residuo ferie al 1/1/13 >8 gg: ridurre il residuo ferie al 1/1/13 di almeno il 10%; b) per il personale con residuo ferie al 1/1/13 ≤8 gg: residuo ferie al 1/1/14 ≤8 gg.	<b>perseguire nel percorso di abbattimento del residuo ferie</b> 337 gg	<b>non in linea</b>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<p><i>nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso.</i></p>						
<b>324 gg</b>						
<b>gestione corretta del regolamento aziendale sull'orario di lavoro</b>	verifica dell'assenza di recuperi a giornate intere consecutive in presenza di ferie residue	<b>gestione corretta del regolamento</b>	<b>in linea</b>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p><b>E' stato concordato di valutare l'indicatore a partire dal mese di giugno. Il monitoraggio effettuato dall'ufficio personale riferito al periodo giugno-dicembre evidenzia il rispetto dell'indicatore. Solo un dirigente ha fruito di giorni consecutivi di recupero ore perché aveva esaurito le ferie.</b></p>						
<b>piani di lavoro</b>	i piani devono essere inviati alla direzione sanitaria entro la fine del mese precedente a quello cui la programmazione si riferisce	<b>i piani di lavoro sono inviati regolarmente rispettando l'indicatore</b>	<b>91,7%</b>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p><b>i piani di lavoro sono stati inviati nei tempi prestabiliti nei mesi Gennaio - Marzo e Maggio-Dicembre; è pervenuto oltre i termini il piano di lavoro relativo al mese di aprile</b></p>						
<b>valutazione dei dirigenti</b>	le valutazioni dei dirigenti sono completate secondo le indicazioni diffuse dalle direzioni	<b>completamento dei percorsi di valutazione dei dirigenti previsti nel 2013</b>	<b>in linea</b>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>valutazione effettuata con riferimento all'anno 2012</b>						
<b>partecipazione del personale della struttura a specifiche attività formative individuate dalle direzioni con priorità a quelle riguardanti il rispetto del codice di protezione dei dati personali</b>	partecipazione di almeno 1 dirigente alle attività formative richieste dalle Direzioni (le attività formative verranno segnalate ad hoc).	<b>evidenza della partecipazione</b>	<b>non in linea per il corso anticorruzione</b>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<p><b>Iniziativa individuate dalle direzioni:</b>  <b>- incontri formativi in materia di codice di protezione dei dati personali: 6 partecipanti</b>  <b>- incontri formativi in materia di attuazione delle misure anticorruzione (prot. 9893/DG del 28.05): nessun partecipante</b>  <b>- corsi di formazione all'utilizzo del G2 clinico e della prescrizione chemioterapica si sono svolti nelle giornate del 12-27/11: 4 partecipanti</b></p>						
<b>Procedura per la formazione e valorizzazione del neoassunto, compresi i contratti atipici</b>	monitoraggio a campione da parte della dir. san. della scheda di valutazione. Il campione deve riguardare almeno il 50% del personale inserito nel 2013 con eventuali approssimazioni per eccesso (es.: 1 =1, 3= 2)	<b>Applicazione della procedura definita nel 2011</b>	<b>non valutabile</b>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p><b>Nel corso del 2013 c'è stato solo un neoassunto nel mese di ottobre. L'obiettivo non è pertanto valutabile</b></p>						

## SISTEMI INFORMATIVI

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
corretta trasmissione delle SDO	- 100% di SDO chiuse nei termini - 100% dei campi obbligatori compilati	Chiudere la SDO entro il ventesimo giorno del mese successivo a quello della dimissione del paziente per i ricoveri ordinari e dell'ultimo accesso per i ricoveri in DH con tutti i campi obbligatori compilati	100%		x	x

viene riconosciuta una franchigia del 5% se motivata applicata solo se questa consente il raggiungimento al 100% dell'obiettivo. La valutazione è effettuata secondo un criterio proporzionale

**99,63% sdo chiuse nei termini e 99,55% campi obbligatori compilati. Media raggiungimento 99,59%. Con l'applicazione della franchigia l'obiettivo viene considerato raggiunto al 100%**

garantire la prenotazione centralizzata attraverso g3	il 100% delle prestazioni ambulatoriali individuate ed erogate sono prenotate a sistema	le prest amb (compresa LP) sono prenotate a sistema. Per l'attività istituzionale erogata i codici del tariffario considerati sono: 89.01 e 89.7	100%		x	x
---	---	--	------	--	---	---

viene riconosciuta una franchigia del 10% se motivata sul numero di prestazioni ambulatoriali istituzionali. La franchigia viene applicata solo se questa consente il raggiungimento al 100% dell'obiettivo. La valutazione è effettuata secondo un criterio proporzionale

**il 96,67% delle prestazioni sono prenotate a sistema. Diventa il 100% con l'applicazione della franchigia**

utilizzo del sistema g2 clinico	100%	numero di visite ambulatoriali refertate con il g2 clinico ai fini del ritorno dell'erogato	100%		x	x
---------------------------------	------	---	------	--	---	---

viene riconosciuta una franchigia del 10% se motivata e viene applicata solo se questa consente il raggiungimento al 100% dell'obiettivo. La valutazione è effettuata secondo un criterio proporzionale.

**il 99,97% delle prestazioni ambulatoriali è refertato con il G2 clinico. Diventa il 100% con l'applicazione della franchigia**

## RISORSE PRODOTTI SANITARI

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
rispettare il budget assegnato per i prodotti farmaceutici	Le modalità di valutazione sono riportate nella premessa della scheda di budget	€ 5.900.000 budget consumi diretti della struttura di OMC e € 1.350.000 budget consumi comuni dipartimentali	in linea		x	

**€ 5.638.264 budget consumi diretti della struttura di OMC e € 1.345.220 budget consumi comuni dipartimentali**

**% raggiungimento ob. incentivati**

**% valutazione**

Totale raggiungimento obiettivi valutati

**100,00%**

**100,00%**

Approvato dall'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance

L'obiettivo di equilibrio di bilancio, preconditione per ogni ulteriore valutazione dei risultati attesi incentivati sotto riportati del direttore di struttura complessa, risulta raggiunto (Delibera di Giunta Regione FVG n. 2025 del 31/10/14 - allegato 1)

ATTIVITÀ

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.

**Prestazioni specialistiche ambulatoriali per esterni e per interni**

valore attività specialistica ambulatoriale per esterni e per interni

€ 290.000 valore per esterni e € 210.000 valore per interni

98,81%

50%

x

x

L'obiettivo è valutato complessivamente secondo un criterio proporzionale. Ai fini della valutazione, l'eventuale riduzione del valore per interni rispetto all'obiettivo verrà sterilizzata solo se viene dimostrato con evidenze documentali che la riduzione è conseguente ad interventi volti a migliorare l'appropriatezza delle richieste.

€ 282.830 valore per esterni e € 211.245 valore per interni.  
Vedi mail del Direttore SOC del 10/9/2013

**pubblicazioni scientifiche**

valore impact factor normalizzato dipartimentale

valore dipartimentale: 160 IF normalizzato

100,00%

5%

x

x

l'obiettivo è assegnato e valutato a livello dipartimentale secondo il criterio di proporzionalità.

231

**variabili attività scientifica (Allegato 1)**

punti attività scientifica della struttura operativa

punteggio > 4

80,00%

5%

x

x

I punteggi realizzati vengono valutati come segue:  
un punteggio >= 4 punti = 100%  
un punteggio < 1 punti = 0  
il restante = 80%

punti 1

**contributo all'attivazione di ambulatori clinico sperimentali**

attivazione ambulatori follow-up lungosopravvissuti oncologici entro il 31.12

evidenza dell'attivazione dell'ambulatorio

in linea

x

x

l'ambulatorio è attivo (nota prot. 10208/S del 01.07.2014)

GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.

**partecipazione al progetto di revisione della gestione del consenso informato**

nella cartella CRO è sempre documentata (≥ 95% dei casi) l'acquisizione del consenso informato da parte del medico curante. I tempi e le modalità di rilevazione sono quelli previsti nel programma regionale del rischio e del governo clinico

il consenso informato è acquisito per tutte le procedure eseguite in regime di ricovero o ambulatoriale per le quali è previsto

98,25%

x

x

93,33% su un campione di 30 cartelle (monitoraggio direzione sanitaria)

## GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
partecipazione al programma di accreditamento internazionale	L'Ente accreditante conferma l'accREDITamento internazionale per l'Istituto	conferma dell'accREDITamento internazionale (l'obiettivo si intende raggiunto anche nel caso di accREDITamento con prescrizione)	in linea	<input type="checkbox"/>	x	x

Accreditation Canada con nota del 27.03.2013 ha riconosciuto al CRO l'accREDITamento livello PLATINO con raccomandazioni alle quali è stato risposto con esito positivo.

## GESTIONE RISORSE UMANE E ORGANIZZAZIONE

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
gestire le ferie	100% ferie anno corrente e abbattimento ferie pregresse: per il personale con residuo ferie al 1/1/13 >8 gg: ridurre il residuo ferie al 1/1/13 di almeno il 10%; b) per il personale con residuo ferie al 1/1/13 ≤8 gg: residuo ferie al 1/1/14 ≤8 gg.	proseguire nel percorso di abbattimento del residuo ferie 151 gg	in linea	<input type="checkbox"/>	x	x

nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso.

153 gg

gestione corretta del regolamento aziendale sull'orario di lavoro	verifica dell'assenza di recuperi a giornate intere consecutive in presenza di ferie residue	gestione corretta del regolamento	in linea	<input type="checkbox"/>	x	<input type="checkbox"/>
---	--	-----------------------------------	----------	--------------------------	---	--------------------------

E' stato concordato di valutare l'indicatore a partire dal mese di giugno. Il monitoraggio effettuato dall'ufficio personale riferito al periodo giugno-dicembre evidenzia il rispetto dell'indicatore.

piani di lavoro	i piani devono essere inviati alla direzione sanitaria entro la fine del mese precedente a quello cui la programmazione si riferisce	i piani di lavoro sono inviati regolarmente rispettando l'indicatore	100%	<input type="checkbox"/>	x	<input type="checkbox"/>
-----------------	--	--	------	--------------------------	---	--------------------------

i piani di lavoro sono sempre stati inviati nei tempi prestabiliti

valutazione dei dirigenti	le valutazioni dei dirigenti sono completate secondo le indicazioni diffuse dalle direzioni	completamento dei percorsi di valutazione dei dirigenti previsti nel 2013	in linea	<input type="checkbox"/>	x	<input type="checkbox"/>
---------------------------	---	---	----------	--------------------------	---	--------------------------

valutazione effettuata con riferimento all'anno 2012

## GESTIONE RISORSE UMANE E ORGANIZZAZIONE

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
partecipazione del personale della struttura a specifiche attività formative individuate dalle direzioni con priorità a quelle riguardanti il rispetto del codice di protezione dei dati personali	partecipazione di almeno 1 dirigente alle attività formative richieste dalle Direzioni (le attività formative verranno segnalate ad hoc)	evidenza della partecipazione	in linea		x	x

### Iniziative individuate dalle direzioni:

- incontri formativi in materia di codice di protezione dei dati personali: 2 partecipanti
- incontri formativi in materia di attuazione delle misure anticorruzione (prot. 9893/DG del 28.05): 1 partecipante

Procedura per la formazione e valorizzazione del neoassunto, compresi i contratti atipici	monitoraggio a campione da parte della dir. san. della scheda di valutazione. Il campione deve riguardare almeno il 50% del personale inserito nel 2013 con eventuali approssimazioni per eccesso (es.: 1 =1, 3= 2)	Applicazione della procedura definita nel 2011	non valutabile		x	
---	---	--	----------------	--	---	--

Non ci sono stati neoassunti

## SISTEMI INFORMATIVI

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
garantire la prenotazione centralizzata attraverso g3	il 100% delle prestazioni ambulatoriali individuate ed erogate sono prenotate a sistema	le prest amb (compresa LP) sono prenotate a sistema. Per l'attività istituzionale erogata i codici del tariffario considerati sono: 89.01 e 89.7	100,00%	20%	x	x

viene riconosciuta una franchigia del 10% se motivata sul numero di prestazioni ambulatoriali istituzionali. La franchigia viene applicata solo se questa consente il raggiungimento al 100% dell'obiettivo. La valutazione è effettuata secondo un criterio proporzionale

il 97% delle prestazioni sono prenotate a sistema. Diventa il 100% con l'applicazione della franchigia

utilizzo del sistema g2 clinico	100%	numero di visite ambulatoriali refertate con il g2 clinico ai fini del ritorno dell'erogato	100,00%	20%	x	x
---------------------------------	------	---	---------	-----	---	---

viene riconosciuta una franchigia del 10% se motivata e viene applicata solo se questa consente il raggiungimento al 100% dell'obiettivo. La valutazione è effettuata secondo un criterio proporzionale.

il 99,91% delle prestazioni ambulatoriali è refertato con il G2 clinico. Diventa il 100% con l'applicazione della franchigia

Avvio sistema PACS	Attivazione del sistema PACS, in coerenza con il cronoprogramma di progetto.	rispetto del cronoprogramma di progetto di progetto definito	in linea		x	x
--------------------	--	--	----------	--	---	---

L'obiettivo correlato alle RAR potrà essere modificato in seguito alla sottoscrizione degli accordi RAR. L'incentivo verrà riconosciuto secondo i criteri stabiliti nell'accordo.

Il sistema è stato avviato, in linea con le indicazioni del DSC, e collaudato con alcune richieste di miglioria nel mese di giugno 2013 (nota prot. 30/Dip. OM del 25.06.2014)

**% raggiungimento ob.  
incentivati**

**%  
valutazione**

**Totale raggiungimento obiettivi valutati**

**98,41%**

**100,00%**

Approvato dall'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance

L'obiettivo di equilibrio di bilancio, preconditione per ogni ulteriore valutazione dei risultati attesi incentivati sotto riportati del direttore di struttura complessa, risulta raggiunto (Delibera di Giunta Regione FVG n. 2025 del 31/10/14 - allegato 1)

## ATTIVITÀ

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
attività di ricovero e ambulatoriale	valore DRG ricoveri ordinari e DH del dipartimento chirurgico e valore attività ambulatoriale per esterni delle strutture di chirurgia e di anestesia	€ 9.200.000	100,00%	90%	x	x

Valutazione proporzionale con un margine di tolleranza del 1%.

In sede di 2° revisione di budget, l'obiettivo potrà essere rivalutato a seguito dell'impatto della chiusura delle sale operatorie per i lavori di messa a norma dell'edificio.

€ 9.345.591

attività di ricovero	indice di case mix ricoveri ordinari	1,76	in linea		x	x
----------------------	--------------------------------------	------	----------	--	---	---

1,69. La riduzione del valore dell'ICM della struttura è conseguenza del trasferimento delle sale operatorie dal V al IV piano che ha comportato una contrazione dell'attività. L'obiettivo viene pertanto considerato in linea con il target assegnato.

pubblicazioni scientifiche	valore impact factor normalizzato dipartimentale	valore dipartimentale: 30 IF normalizzato	100,00%	5%	x	x
----------------------------	--	--	---------	----	---	---

l'obiettivo è assegnato e valutato a livello dipartimentale secondo il criterio di proporzionalità.

65,6

variabili attività scientifica (Allegato 1)	punti attività scientifica della struttura operativa	punteggio > 4	100,00%	5%	x	x
---	--	---------------	---------	----	---	---

I punteggi realizzati vengono valutati come segue:

un punteggio >= 4 punti = 100%

un punteggio < 1 punti = 0

il restante = 80%

punti 5

## GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
applicazione della check list per la sicurezza in sala operatoria	Verifica a campione della documentazione sanitaria della presenza di check list completa secondo i tempi e le modalità previsti dal programma regionale del rischio e del governo clinico	check list di sala operatoria compilata in ogni sua parte in almeno 90% degli interventi chirurgici (secondo indicazioni contenute nella procedura aziendale)	100%		x	x

93,33% su un campione di 30 cartelle

## GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
partecipazione al progetto di revisione della gestione del consenso informato	nella cartella CRO è sempre documentata (≥ 95% dei casi) l'acquisizione del consenso informato da parte del medico curante. I tempi e le modalità di rilevazione sono quelli previsti nel programma regionale del rischio e del governo clinico	il consenso informato è acquisito per tutte le procedure eseguite in regime di ricovero o ambulatoriale per le quali è previsto	98,25%	<input type="checkbox"/>	x	x
93,33% su un campione di 30 cartelle (monitoraggio direzione sanitaria)						
partecipazione al programma di accreditamento internazionale	L'Ente accreditante conferma l'accREDITamento internazionale per l'Istituto	conferma dell'accREDITamento internazionale (l'obiettivo si intende raggiunto anche nel caso di accREDITamento con prescrizione)	in linea	<input type="checkbox"/>	x	x
Accreditation Canada con nota del 27.03.2013 ha riconosciuto al CRO l'accREDITamento livello PLATINO con raccomandazioni alle quali è stato risposto con esito positivo.						
riduzione del rischio nella somministrazione farmaci	monitoraggio della direzione sanitaria con campionamenti trimestrali della documentazione clinica per accertare il corretto utilizzo della scheda unica di terapia	utilizzo della scheda unica di terapia	non in linea	<input type="checkbox"/>	x	x

10% su un campione di 30 cartelle (monitoraggio direzione sanitaria)

## GESTIONE RISORSE UMANE E ORGANIZZAZIONE

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
gestire le ferie	100% ferie anno corrente e abbattimento ferie pregresse: per il personale con residuo ferie al 1/1/13 >8 gg: ridurre il residuo ferie al 1/1/13 di almeno il 10%; b) per il personale con residuo ferie al 1/1/13 ≤8 gg: residuo ferie al 1/1/14 ≤8 gg.	perseguire nel percorso di 349 gg abbattimento del residuo ferie	non in linea	<input type="checkbox"/>	x	x
nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso.						
278 gg. Tenendo conto delle lunghe assenze le giornate di ferie ricalcolate diventano 312						
gestione corretta del regolamento aziendale sull'orario di lavoro	verifica dell'assenza di recuperi a giornate intere consecutive in presenza di ferie residue	gestione corretta del regolamento	in linea	<input type="checkbox"/>	x	<input type="checkbox"/>

E' stato concordato di valutare l'indicatore a partire dal mese di giugno. Il monitoraggio effettuato dall'ufficio personale riferito al periodo giugno-dicembre evidenzia il rispetto dell'indicatore.

## GESTIONE RISORSE UMANE E ORGANIZZAZIONE

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
piani di lavoro	i piani devono essere inviati alla direzione sanitaria entro la fine del mese precedente a quello cui la programmazione si riferisce	i piani di lavoro sono inviati regolarmente rispettando l'indicatore	91,7%		x	

**i piani di lavoro sono stati inviati nei tempi prestabiliti nei mesi Gennaio - Luglio e Settembre-Dicembre; è pervenuto oltre i termini il piano di lavoro relativo al mese di agosto**

valutazione dei dirigenti	le valutazioni dei dirigenti sono completate secondo le indicazioni diffuse dalle direzioni	completamento dei percorsi di valutazione dei dirigenti previsti nel 2013	in linea		x	
---------------------------	---	---	----------	--	---	--

**valutazione effettuata con riferimento all'anno 2012**

partecipazione del personale della struttura a specifiche attività formative individuate dalle direzioni con priorità a quelle riguardanti il rispetto del codice di protezione dei dati personali	partecipazione di almeno 1 dirigente alle attività formative richieste dalle Direzioni (le attività formative verranno segnalate ad hoc)	evidenza della partecipazione	in linea		x	x
--	--	-------------------------------	----------	--	---	---

**Iniziative individuate dalle direzioni:**

- incontri formativi in materia di codice di protezione dei dati personali: 4 partecipanti
- incontri formativi in materia di attuazione delle misure anticorruzione (prot. 9893/DG del 28.05): 3 partecipanti

Procedura per la formazione e valorizzazione del neoassunto, compresi i contratti atipici	monitoraggio a campione da parte della dir. san. della scheda di valutazione. Il campione deve riguardare almeno il 50% del personale inserito nel 2013 con eventuali approssimazioni per eccesso (es.: 1 =1, 3= 2)	Applicazione della procedura definita nel 2011	in linea		x	
---	---	--	----------	--	---	--

**il monitoraggio sull'applicazione della procedura nel 2013 è positivo (1 neassunto).**

## GOVERNO DEI TEMPI DI ATTESA

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
Rispetto dei tempi di attesa	gli interventi chirurgici in regime ordinario per le patologie neoplastiche maligne più frequentemente trattate dalle 3 strutture di chirurgia sono effettuati entro 30 gg dalla data di prescrizione dell'intervento chirurgico. L'obiettivo sarà valutato considerando l'attività delle 3 strutture.	rispetto dell'indicatore.	100%		x	x

*viene riconosciuta una franchigia del 10% applicata solo se questa consente il raggiungimento al 100% dell'obiettivo.*

*L'obiettivo correlato alle RAR potrà essere modificato in seguito alla sottoscrizione degli accordi RAR. L'incentivo verrà riconosciuto secondo i criteri stabiliti nell'accordo.*

**93,28% media delle tre strutture (con esclusione dei casi giustificati dai responsabili). Con l'applicazione della franchigia diventa 100%.**

# SISTEMI INFORMATIVI

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
<b>corretta trasmissione delle SDO</b>	- 100% di SDO chiuse nei termini - 100% dei campi obbligatori compilati	<b>Chiudere la SDO entro il ventesimo giorno del mese successivo a quello della dimissione del paziente per i ricoveri ordinari e dell'ultimo accesso per i ricoveri in DH con tutti i campi obbligatori compilati</b>	100%		x	x

viene riconosciuta una franchigia del 5% se motivata applicata solo se questa consente il raggiungimento al 100% dell'obiettivo. La valutazione è effettuata secondo un criterio proporzionale

**96,39% sdo chiuse nei termini e 98,75% campi obbligatori compilati. Media raggiungimento 97,57%. Con l'applicazione della franchigia l'obiettivo viene considerato raggiunto al 100%**

<b>garantire la prenotazione centralizzata attraverso g3</b>	il 100% delle prestazioni ambulatoriali individuate ed erogate sono prenotate a sistema	<b>le prest amb (compresa LP) sono prenotate a sistema. Per l'attività istituzionale erogata i codici del tariffario considerati sono: 89.01, 89.7, 97.89 e 97.99.</b>	100%		x	x
--	---	--	------	--	---	---

viene riconosciuta una franchigia del 10% se motivata sul numero di prestazioni ambulatoriali istituzionali. La franchigia viene applicata solo se questa consente il raggiungimento al 100% dell'obiettivo. La valutazione è effettuata secondo un criterio proporzionale.

**il 98,27% delle prestazioni sono prenotate a sistema. Diventa il 100% con l'applicazione della franchigia**

<b>utilizzo del sistema g2 clinico</b>	100%	<b>numero di visite ambulatoriali refertate con il g2 clinico ai fini del ritorno dell'erogato</b>	100%		x	x
--	------	--	------	--	---	---

viene riconosciuta una franchigia del 10% se motivata e viene applicata solo se questa consente il raggiungimento al 100% dell'obiettivo. La valutazione è effettuata secondo un criterio proporzionale.

**il 99,84% delle prestazioni ambulatoriali è refertato con il G2 clinico. Diventa il 100% con l'applicazione della franchigia**

**% raggiungimento ob. incentivati**

**% valutazione**

**Totale raggiungimento obiettivi valutati**

**100,00%**

**100,00%**

Approvato dall'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance

L'obiettivo di equilibrio di bilancio, preconditione per ogni ulteriore valutazione dei risultati attesi incentivati sotto riportati del direttore di struttura complessa, risulta raggiunto (Delibera di Giunta Regione FVG n. 2025 del 31/10/14 - allegato 1)

## ATTIVITÀ

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
<b>attività di ricovero e ambulatoriale</b>	valore DRG ricoveri ordinari e DH del dipartimento chirurgico e valore attività ambulatoriale per esterni delle strutture di chirurgia e di anestesia	€ 9.200.000	100,00%	90%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Valutazione proporzionale con un margine di tolleranza del 1%.

In sede di 2° revisione di budget, l'obiettivo potrà essere rivalutato a seguito dell'impatto della chiusura delle sale operatorie per i lavori di messa a norma dell'edificio.

€ 9.345.591

<b>attività di ricovero</b>	indice di case mix ricoveri ordinari	1,11	100%		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----------------------------	--------------------------------------	------	------	--	--------------------------	--------------------------

1,13

<b>pubblicazioni scientifiche</b>	valore impact factor normalizzato dipartimentale	valore dipartimentale: 30 IF normalizzato	100,00%	5%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----------------------------------	--	---	---------	----	--------------------------	--------------------------

l'obiettivo è assegnato e valutato a livello dipartimentale secondo il criterio di proporzionalità.

65,6

<b>variabili attività scientifica (Allegato 1)</b>	punti attività scientifica della struttura operativa	punteggio > 4	100,00%	5%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--	---------------	---------	----	--------------------------	--------------------------

I punteggi realizzati vengono valutati come segue:

un punteggio >= 4 punti = 100%

un punteggio < 1 punti = 0

il restante = 80%

punti 7,9

## GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
<b>applicazione della check list per la sicurezza in sala operatoria</b>	Verifica a campione della documentazione sanitaria della presenza di check list completa secondo i tempi e le modalità previsti dal programma regionale del rischio e del governo clinico	check list di sala operatoria compilata in ogni sua parte in almeno 90% degli interventi chirurgici (secondo indicazioni contenute nella procedura aziendale)	100%		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

96,67% su un campione di 30 cartelle

## GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
partecipazione al progetto di revisione della gestione del consenso informato	nella cartella CRO è sempre documentata (≥ 95% dei casi) l'acquisizione del consenso informato da parte del medico curante. I tempi e le modalità di rilevazione sono quelli previsti nel programma regionale del rischio e del governo clinico	il consenso informato è acquisito per tutte le procedure eseguite in regime di ricovero o ambulatoriale per le quali è previsto	100%		x	x
96,67% su un campione di 30 cartelle (monitoraggio direzione sanitaria)						

partecipazione al programma di accreditamento internazionale	L'Ente accreditante conferma l'accREDITamento internazionale per l'Istituto	conferma dell'accREDITamento internazionale (l'obiettivo si intende raggiunto anche nel caso di accREDITamento con prescrizione)	in linea		x	x
Accreditation Canada con nota del 27.03.2013 ha riconosciuto al CRO l'accREDITamento livello PLATINO con raccomandazioni alle quali è stato risposto con esito positivo.						

riduzione del rischio nella somministrazione farmaci	monitoraggio della direzione sanitaria con campionamenti trimestrali della documentazione clinica per accertare il corretto utilizzo della scheda unica di terapia	utilizzo della scheda unica di terapia	non in linea		x	x
3,33% su un campione di 30 cartelle (monitoraggio direzione sanitaria)						

## GESTIONE RISORSE UMANE E ORGANIZZAZIONE

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
gestire le ferie	100% ferie anno corrente e abbattimento ferie pregresse: per il personale con residuo ferie al 1/1/13 >8 gg: ridurre il residuo ferie al 1/1/13 di almeno il 10%; b) per il personale con residuo ferie al 1/1/13 ≤8 gg: residuo ferie al 1/1/14 ≤8 gg.	proseguire nel percorso di 234 gg abbattimento del residuo ferie	in linea		x	x
nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso.						
248 gg						

gestione corretta del regolamento aziendale sull'orario di lavoro	verifica dell'assenza di recuperi a giornate intere consecutive in presenza di ferie residue	gestione corretta del regolamento	in linea		x	
E' stato concordato di valutare l'indicatore a partire dal mese di giugno. Il monitoraggio effettuato dall'ufficio personale riferito al periodo giugno-dicembre evidenzia il rispetto dell'indicatore.						

## GESTIONE RISORSE UMANE E ORGANIZZAZIONE

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
piani di lavoro	i piani devono essere inviati alla direzione sanitaria entro la fine del mese precedente a quello cui la programmazione si riferisce	i piani di lavoro sono inviati regolarmente rispettando l'indicatore	91,7%		x	

**i piani di lavoro sono stati inviati nei tempi prestabiliti nei mesi Gennaio - Settembre e Novembre-Dicembre; è pervenuto oltre i termini il piano di lavoro relativo al mese di ottobre**

valutazione dei dirigenti	le valutazioni dei dirigenti sono completate secondo le indicazioni diffuse dalle direzioni	completamento dei percorsi di valutazione dei dirigenti previsti nel 2013	in linea		x	
---------------------------	---	---	----------	--	---	--

**valutazione effettuata con riferimento all'anno 2012**

partecipazione del personale della struttura a specifiche attività formative individuate dalle direzioni con priorità a quelle riguardanti il rispetto del codice di protezione dei dati personali	partecipazione di almeno 1 dirigente alle attività formative richieste dalle Direzioni (le attività formative verranno segnalate ad hoc)	evidenza della partecipazione	non in linea per il corso anticorruzione		x	x
--	--	-------------------------------	--	--	---	---

**Iniziativa individuata dalle direzioni:**

- incontri formativi in materia di codice di protezione dei dati personali: 3 partecipanti
- incontri formativi in materia di attuazione delle misure anticorruzione (prot. 9893/DG del 28.05): nessun partecipante

Procedura per la formazione e valorizzazione del neoassunto, compresi i contratti atipici	monitoraggio a campione da parte della dir. san. della scheda di valutazione. Il campione deve riguardare almeno il 50% del personale inserito nel 2013 con eventuali approssimazioni per eccesso (es.: 1 =1, 3= 2)	Applicazione della procedura definita nel 2011	non valutabile		x	
---	---	--	----------------	--	---	--

**Non ci sono stati neoassunti**

## GOVERNO DEI TEMPI DI ATTESA

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
Rispetto dei tempi di attesa	gli interventi chirurgici in regime ordinario per le patologie neoplastiche maligne più frequentemente trattate dalle 3 strutture di chirurgia sono effettuati entro 30 gg dalla data di prescrizione dell'intervento chirurgico. L'obiettivo sarà valutato considerando l'attività delle 3 strutture.	rispetto dell'indicatore.	100%		x	x

viene riconosciuta una franchigia del 10% applicata solo se questa consente il raggiungimento al 100% dell'obiettivo.

L'obiettivo correlato alle RAR potrà essere modificato in seguito alla sottoscrizione degli accordi RAR. L'incentivo verrà riconosciuto secondo i criteri stabiliti nell'accordo.

**93,28% media delle tre strutture (con esclusione dei casi giustificati dai responsabili). Con l'applicazione della franchigia diventa 100%.**

# SISTEMI INFORMATIVI

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
<b>corretta trasmissione delle SDO</b>	- 100% di SDO chiuse nei termini - 100% dei campi obbligatori compilati	<b>Chiudere la SDO entro il ventesimo giorno del mese successivo a quello della dimissione del paziente per i ricoveri ordinari e dell'ultimo accesso per i ricoveri in DH con tutti i campi obbligatori compilati</b>	<b>100%</b>		x	x

viene riconosciuta una franchigia del 5% se motivata applicata solo se questa consente il raggiungimento al 100% dell'obiettivo. La valutazione è effettuata secondo un criterio proporzionale

**91,88% sdo chiuse nei termini e 99,04% campi obbligatori compilati. Media raggiungimento 95,453%. Con l'applicazione della franchigia l'obiettivo viene considerato raggiunto al 100%**

<b>garantire la prenotazione centralizzata attraverso g3</b>	il 100% delle prestazioni ambulatoriali individuate ed erogate sono prenotate a sistema	<b>le prest amb (compresa LP) sono prenotate a sistema. Per l'attività istituzionale erogata i codici del tariffario considerati sono 89.26 e 89.01</b>	<b>100%</b>		x	x
--	---	---	-------------	--	---	---

viene riconosciuta una franchigia del 10% se motivata sul numero di prestazioni ambulatoriali istituzionali. La franchigia viene applicata solo se questa consente il raggiungimento al 100% dell'obiettivo. La valutazione è effettuata secondo un criterio proporzionale.

**il 93,55% delle prestazioni sono prenotate a sistema. Diventa il 100% con l'applicazione della franchigia**

<b>utilizzo del sistema g2 clinico</b>	100%	<b>numero di visite ambulatoriali refertate con il g2 clinico ai fini del ritorno dell'erogato</b>	<b>100%</b>		x	x
--	------	--	-------------	--	---	---

viene riconosciuta una franchigia del 10% se motivata e viene applicata solo se questa consente il raggiungimento al 100% dell'obiettivo. La valutazione è effettuata secondo un criterio proporzionale.

**il 100% delle prestazioni ambulatoriali è refertato con il G2 clinico.**

	% raggiungimento ob. incentivati	% valutazione
<b>Totale raggiungimento obiettivi valutati</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>

Approvato dall'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance

L'obiettivo di equilibrio di bilancio, preconditione per ogni ulteriore valutazione dei risultati attesi incentivati sotto riportati del direttore di struttura complessa, risulta raggiunto (Delibera di Giunta Regione FVG n. 2025 del 31/10/14 - allegato 1)

## ATTIVITÀ

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
<b>attività di ricovero e ambulatoriale</b>	valore DRG ricoveri ordinari e DH del dipartimento chirurgico e valore attività ambulatoriale per esterni delle strutture di chirurgia e di anestesia	€ 9.200.000	100,00%	90%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Valutazione proporzionale con un margine di tolleranza del 1%.

In sede di 2° revisione di budget, l'obiettivo potrà essere rivalutato a seguito dell'impatto della chiusura delle sale operatorie per i lavori di messa a norma dell'edificio.

€ 9.345.591

<b>attività di ricovero</b>	indice di case mix ricoveri ordinari	1,02	100%		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----------------------------	--------------------------------------	------	------	--	--------------------------	--------------------------

1,02

<b>pubblicazioni scientifiche</b>	valore impact factor normalizzato dipartimentale	valore dipartimentale: 30 IF normalizzato	100,00%	5%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----------------------------------	--	---	---------	----	--------------------------	--------------------------

l'obiettivo è assegnato e valutato a livello dipartimentale secondo il criterio di proporzionalità.

65,6

<b>variabili attività scientifica (Allegato 1)</b>	punti attività scientifica della struttura operativa	punteggio > 4	100,00%	5%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--	---------------	---------	----	--------------------------	--------------------------

I punteggi realizzati vengono valutati come segue:

un punteggio >= 4 punti = 100%

un punteggio < 1 punti = 0

il restante = 80%

punti 4,6

## GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
<b>applicazione della check list per la sicurezza in sala operatoria</b>	Verifica a campione della documentazione sanitaria della presenza di check list completa secondo i tempi e le modalità previsti dal programma regionale del rischio e del governo clinico	check list di sala operatoria compilata in ogni sua parte in almeno 90% degli interventi chirurgici (secondo indicazioni contenute nella procedura aziendale)	100%		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

100% su un campione di 30 cartelle.

## GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
partecipazione al progetto di revisione della gestione del consenso informato	nella cartella CRO è sempre documentata (≥ 95% dei casi) l'acquisizione del consenso informato da parte del medico curante. I tempi e le modalità di rilevazione sono quelli previsti nel programma regionale del rischio e del governo clinico	il consenso informato è acquisito per tutte le procedure eseguite in regime di ricovero o ambulatoriale per le quali è previsto	98,25%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

93,33% su un campione di 30 cartelle (monitoraggio direzione sanitaria)

partecipazione al programma di accreditamento internazionale	L'Ente accreditante conferma l'accREDITamento internazionale per l'Istituto	conferma dell'accREDITamento internazionale (l'obiettivo si intende raggiunto anche nel caso di accREDITamento con prescrizione)	in linea	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
--	---	--	----------	--------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

Accreditation Canada con nota del 27.03.2013 ha riconosciuto al CRO l'accREDITamento livello PLATINO con raccomandazioni alle quali è stato risposto con esito positivo.

riduzione del rischio nella somministrazione farmaci	monitoraggio della direzione sanitaria con campionamenti trimestrali della documentazione clinica per accertare il corretto utilizzo della scheda unica di terapia	utilizzo della scheda unica di terapia	non in linea	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
--	--	--	--------------	--------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

10% su un campione di 30 cartelle (monitoraggio direzione sanitaria)

## GESTIONE RISORSE UMANE E ORGANIZZAZIONE

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
gestire le ferie	100% ferie anno corrente e abbattimento ferie pregresse: per il personale con residuo ferie al 1/1/13 >8 gg: ridurre il residuo ferie al 1/1/13 di almeno il 10%; b) per il personale con residuo ferie al 1/1/13 ≤8 gg: residuo ferie al 1/1/14 ≤8 gg.	proseguire nel percorso di abbattimento del residuo ferie 105 gg	non in linea	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso.

97 gg

gestione corretta del regolamento aziendale sull'orario di lavoro	verifica dell'assenza di recuperi a giornate intere consecutive in presenza di ferie residue	gestione corretta del regolamento	in linea	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--	-----------------------------------	----------	--------------------------	-------------------------------------	--------------------------

E' stato concordato di valutare l'indicatore a partire dal mese di giugno. Il monitoraggio effettuato dall'ufficio personale riferito al periodo giugno-dicembre evidenzia il rispetto dell'indicatore.

piani di lavoro	i piani devono essere inviati alla direzione sanitaria entro la fine del mese precedente a quello cui la programmazione si riferisce	i piani di lavoro sono inviati regolarmente rispettando l'indicatore	100%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----------------	--	--	------	--------------------------	-------------------------------------	--------------------------

i piani di lavoro sono sempre stati inviati nei tempi prestabiliti

## GESTIONE RISORSE UMANE E ORGANIZZAZIONE

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
valutazione dei dirigenti	le valutazioni dei dirigenti sono completate secondo le indicazioni diffuse dalle direzioni	completamento dei percorsi di valutazione dei dirigenti previsti nel 2013	in linea	<input type="checkbox"/>	x	<input type="checkbox"/>

### valutazione effettuata con riferimento all'anno 2012

partecipazione del personale della struttura a specifiche attività formative individuate dalle direzioni con priorità a quelle riguardanti il rispetto del codice di protezione dei dati personali	partecipazione di almeno 1 dirigente alle attività formative richieste dalle Direzioni (le attività formative verranno segnalate ad hoc)	evidenza della partecipazione	in linea	<input type="checkbox"/>	x	x
--	--	-------------------------------	----------	--------------------------	---	---

### Iniziative individuate dalle direzioni:

- incontri formativi in materia di codice di protezione dei dati personali: 2 partecipanti
- incontri formativi in materia di attuazione delle misure anticorruzione (prot. 9893/DG del 28.05): 1 partecipante

Procedura per la formazione e valorizzazione del neoassunto, compresi i contratti atipici	monitoraggio a campione da parte della dir. san. della scheda di valutazione. Il campione deve riguardare almeno il 50% del personale inserito nel 2013 con eventuali approssimazioni per eccesso (es.: 1 =1, 3= 2)	Applicazione della procedura definita nel 2011	non valutabile	<input type="checkbox"/>	x	<input type="checkbox"/>
---	---	--	----------------	--------------------------	---	--------------------------

### Non ci sono stati neoassunti

## GOVERNO DEI TEMPI DI ATTESA

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
Rispetto dei tempi di attesa	gli interventi chirurgici in regime ordinario per le patologie neoplastiche maligne più frequentemente trattate dalle 3 strutture di chirurgia sono effettuati entro 30 gg dalla data di prescrizione dell'intervento chirurgico. L'obiettivo sarà valutato considerando l'attività delle 3 strutture.	rispetto dell'indicatore.	100%	<input type="checkbox"/>	x	x

viene riconosciuta una franchigia del 10% applicata solo se questa consente il raggiungimento al 100% dell'obiettivo.

L'obiettivo correlato alle RAR potrà essere modificato in seguito alla sottoscrizione degli accordi RAR. L'incentivo verrà riconosciuto secondo i criteri stabiliti nell'accordo.

**93,28% media delle tre strutture (con esclusione dei casi giustificati dai responsabili). Con l'applicazione della franchigia diventa 100%.**

## PROGRAMMI DI SCREENING

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
mandare a regime il percorso one day diagnosis già sperimentato a fine 2011 e trasmesso alla Direzione Centrale Salute a novembre 2012 con nota prot. 17514/S	è garantito il percorso one day diagnosis per gli approfondimenti da screening regionale dal momento dell'avvio da parte della Direzione Centrale e comunque per un numero complessivo di casi (anche non di screening) non inferiori a 50.	tutti i casi provenienti da screening reg. sono processati secondo il protoc. One day dall'avvio da parte della D.C.. Le eventuali eccezioni devono essere adeguatamente motivate. Complessivam. Sarà processato un n. di casi (anche non screening) non < 50	100%		x	x

L'obiettivo correlato alle RAR potrà essere modificato in seguito alla sottoscrizione degli accordi RAR. L'incentivo verrà riconosciuto secondo i criteri stabiliti nell'accordo.

**n. 83 pazienti trattati di cui 11 nell'ambito del programma di screening regionale organizzato**

## SISTEMI INFORMATIVI

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
corretta trasmissione delle SDO	- 100% di SDO chiuse nei termini - 100% dei campi obbligatori compilati	Chiudere la SDO entro il ventesimo giorno del mese successivo a quello della dimissione del paziente per i ricoveri ordinari e dell'ultimo accesso per i ricoveri in DH con tutti i campi obbligatori compilati	100%		x	x

viene riconosciuta una franchigia del 5% se motivata applicata solo se questa consente il raggiungimento al 100% dell'obiettivo. La valutazione è effettuata secondo un criterio proporzionale

**93,52% sdo chiuse nei termini e 98,80% campi obbligatori compilati. Media raggiungimento 96,16%. Con l'applicazione della franchigia l'obiettivo viene considerato raggiunto al 100%**

garantire la prenotazione centralizzata attraverso g3	il 100% delle prestazioni ambulatoriali individuate ed erogate sono prenotate a sistema	le prest amb (compresa LP) sono prenotate a sistema. Per l'attività istituzionale erogata i codici del tariffario considerati sono: 89.01 e 89.7.	100%		x	x
---	---	---	------	--	---	---

viene riconosciuta una franchigia del 10% se motivata sul numero di prestazioni ambulatoriali istituzionali. La franchigia viene applicata solo se questa consente il raggiungimento al 100% dell'obiettivo. La valutazione è effettuata secondo un criterio proporzionale.

**il 99,33% delle prestazioni sono prenotate a sistema. Diventa il 100% con l'applicazione della franchigia**

utilizzo del sistema g2 clinico	100%	numero di visite ambulatoriali refertate con il g2 clinico ai fini del ritorno dell'erogato	100%		x	x
---------------------------------	------	---	------	--	---	---

viene riconosciuta una franchigia del 10% se motivata e viene applicata solo se questa consente il raggiungimento al 100% dell'obiettivo. La valutazione è effettuata secondo un criterio proporzionale.

**il 100% delle prestazioni ambulatoriali è refertato con il G2 clinico.**

**% raggiungimento ob.  
incentivati**

**%  
valutazione**

**Totale raggiungimento obiettivi valutati**

**100,00%**

**100,00%**

Approvato dall'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance

L'obiettivo di equilibrio di bilancio, preconditione per ogni ulteriore valutazione dei risultati attesi incentivati sotto riportati del direttore di struttura complessa, risulta raggiunto (Delibera di Giunta Regione FVG n. 2025 del 31/10/14 - allegato 1)

## ATTIVITÀ

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
<b>attività di ricovero e ambulatoriale</b>	valore DRG ricoveri ordinari e DH del dipartimento chirurgico e valore attività ambulatoriale per esterni delle strutture di chirurgia e di anestesia	€ 9.200.000	100,00%	90%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Valutazione proporzionale con un margine di tolleranza del 1%.

In sede di 2° revisione di budget, l'obiettivo potrà essere rivalutato a seguito dell'impatto della chiusura delle sale operatorie per i lavori di messa a norma dell'edificio.

€ 9.345.591

<b>pubblicazioni scientifiche</b>	valore impact factor normalizzato dipartimentale	valore dipartimentale: 30 IF normalizzato	100,00%	5%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----------------------------------	--	---	---------	----	--------------------------	--------------------------

l'obiettivo è assegnato e valutato a livello dipartimentale secondo il criterio di proporzionalità.

65,6

<b>variabili attività scientifica (Allegato 1)</b>	punti attività scientifica della struttura operativa	punteggio > 4	80,00%	5%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--	---------------	--------	----	--------------------------	--------------------------

I punteggi realizzati vengono valutati come segue:

un punteggio > = 4 punti = 100%

un punteggio < 1 punti = 0

il restante = 80%

punti 3,5

## CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
<b>revisione del sistema di continuità assistenziale extraospedaliero</b>	partecipazione alla rete di cure palliative di area vasta	assolvimento degli adempimenti richiesti dagli organismi sovraordinati	in linea		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

anche nel 2013 è proseguito il monitoraggio di quantità e qualità delle prestazioni eseguite nell'ambito degli hospice del territorio della area vasta.

## GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
applicazione della check list per la sicurezza in sala operatoria	Verifica a campione della documentazione sanitaria della presenza di check list completa secondo i tempi e le modalità previsti dal programma regionale del rischio e del governo clinico	check list di sala operatoria compilata in ogni sua parte in almeno 90% degli interventi chirurgici (secondo indicazioni contenute nella procedura aziendale)	100%		x	x

97,78% su un campione di 90 cartelle (30 x ogni chirurgica) (monitoraggio direzione sanitaria)

partecipazione al progetto di revisione della gestione del consenso informato	nella cartella CRO è sempre documentata (≥ 95% dei casi) l'acquisizione del consenso informato da parte del medico curante. I tempi e le modalità di rilevazione sono quelli previsti nel programma regionale del rischio e del governo clinico	il consenso informato è acquisito per tutte le procedure eseguite in regime di ricovero o ambulatoriale per le quali è previsto	100%		x	x
---	---	---	------	--	---	---

98,89% su un campione di 90 cartelle (30 x ogni chirurgica) (monitoraggio direzione sanitaria)

partecipazione al programma di accreditamento internazionale	L'Ente accreditante conferma l'accREDITamento internazionale per l'Istituto	conferma dell'accREDITamento internazionale (l'obiettivo si intende raggiunto anche nel caso di accREDITamento con prescrizione)	in linea		x	x
--	---	--	----------	--	---	---

Accreditation Canada con nota del 27.03.2013 ha riconosciuto al CRO l'accREDITamento livello PLATINO con raccomandazioni alle quali è stato risposto con esito positivo.

riduzione del rischio nella somministrazione farmaci	monitoraggio della direzione sanitaria con campionamenti trimestrali della documentazione clinica per accertare il corretto utilizzo della scheda unica di terapia	utilizzo della scheda unica di terapia	non valutabile		x	x
--	--	--	----------------	--	---	---

Il monitoraggio non è stato eseguito perché:

- non rientrante nel programma regionale di governo clinico e sicurezza delle cure
- non considerato prioritario dal gruppo di lavoro sulla SUT in quanto la grafica dell'ARTI ha delle caratteristiche peculiari per cui la sua revisione non era rientrata nella pianificazione del progetto di miglioramento. (vedi mail direzione sanitaria).

## GESTIONE RISORSE UMANE E ORGANIZZAZIONE

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
gestire le ferie	100% ferie anno corrente e abbattimento ferie pregresse: per il personale con residuo ferie al 1/1/13 >8 gg: ridurre il residuo ferie al 1/1/13 di almeno il 10%; b) per il personale con residuo ferie al 1/1/13 ≤8 gg: residuo ferie al 1/1/14 ≤8 gg.	perseguire nel percorso di abbattimento del residuo ferie 410 gg	non in linea		x	x

nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso.

# GESTIONE RISORSE UMANE E ORGANIZZAZIONE

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
gestione corretta del regolamento aziendale sull'orario di lavoro	verifica dell'assenza di recuperi a giornate intere consecutive in presenza di ferie residue	gestione corretta del regolamento	in linea	<input type="checkbox"/>	x	<input type="checkbox"/>
<p><b>E' stato concordato di valutare l'indicatore a partire dal mese di giugno. Il monitoraggio effettuato dall'ufficio personale riferito al periodo giugno-dicembre evidenzia il rispetto dell'indicatore.</b></p>						
piani di lavoro	i piani devono essere inviati alla direzione sanitaria entro la fine del mese precedente a quello cui la programmazione si riferisce	i piani di lavoro sono inviati regolarmente rispettando l'indicatore	100%	<input type="checkbox"/>	x	<input type="checkbox"/>
<p><b>i piani di lavoro sono sempre stati inviati nei tempi prestabiliti</b></p>						
valutazione dei dirigenti	le valutazioni dei dirigenti sono completate secondo le indicazioni diffuse dalle direzioni	completamento dei percorsi di valutazione dei dirigenti previsti nel 2013	in linea	<input type="checkbox"/>	x	<input type="checkbox"/>
<p><b>valutazione effettuata con riferimento all'anno 2012</b></p>						
partecipazione del personale della struttura a specifiche attività formative individuate dalle direzioni con priorità a quelle riguardanti il rispetto del codice di protezione dei dati personali	partecipazione di almeno 1 dirigente alle attività formative richieste dalle Direzioni (le attività formative verranno segnalate ad hoc)	evidenza della partecipazione	in linea	<input type="checkbox"/>	x	x
<p><b>Iniziativa individuate dalle direzioni:</b>  <b>- incontri formativi in materia di codice di protezione dei dati personali: 8 partecipanti</b>  <b>- incontri formativi in materia di attuazione delle misure anticorruzione (prot. 9893/DG del 28.05): 2 partecipanti</b></p>						
Procedura per la formazione e valorizzazione del neoassunto, compresi i contratti atipici	monitoraggio a campione da parte della dir. san. della scheda di valutazione. Il campione deve riguardare almeno il 50% del personale inserito nel 2013 con eventuali approssimazioni per eccesso (es.: 1 =1, 3= 2)	Applicazione della procedura definita nel 2011	non valutabile	<input type="checkbox"/>	x	<input type="checkbox"/>

**Non ci sono stati neoassunti**

## GOVERNO DEI TEMPI DI ATTESA

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
<b>contenimento dei tempi di attesa per incannulazione venosa centrale</b>	il 100% delle prestazioni di incannulazione venosa centrale sono erogati entro 10 giorni lavorativi con esclusione dei casi programmati in tempi diversi per ragioni clinico terapeutiche: il monitoraggio viene effettuato attraverso il sistema order entry.	<b>Revisione del percorso organizzativo, attivazione dell'order entry entro maggio e monitoraggio da parte della Direzione dal mese successivo</b>	100%		x	x

viene riconosciuta una franchigia del 10% se motivata applicata solo se questa consente il raggiungimento al 100% dell'obiettivo.

L'obiettivo correlato alle RAR potrà essere modificato in seguito alla sottoscrizione degli accordi RAR. L'incentivo verrà riconosciuto secondo i criteri stabiliti nell'accordo.

Dal 27/5/2013 è stato attivato l'order entry delle prestazioni di incannulazione venosa centrale. Il sistema non è pienamente operativo, pertanto il monitoraggio è stato effettuato utilizzando le informazioni ricavate dall'order entry e ove non disponibili dal G3.  
 Il 99,75 % delle prestazioni di incannulazione venosa centrale sono erogate entro 10 giorni lavorativi. A luglio 1 prestazione registra 13 giorni lavorativi d'attesa. [superano i 10 gg lavorativi di attesa - ma sono programmati per ragioni clinico terapeutiche - a giugno: 5 prestazioni su 81; a luglio 7 prestazioni su 66; ad agosto 6 su 45; a settembre 7 su 64; a ottobre 5 su 61; a novembre 5 su 54]. Con l'applicazione della franchigia l'obiettivo viene raggiunto al 100%

## SISTEMI INFORMATIVI

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
<b>corretta trasmissione delle SDO</b>	- 100% di SDO chiuse nei termini - 100% dei campi obbligatori compilati	<b>Chiedere la SDO entro il ventesimo giorno del mese successivo a quello della dimissione del paziente per i ricoveri ordinari e dell'ultimo accesso per i ricoveri in DH con tutti i campi obbligatori compilati</b>	100%		x	x

viene riconosciuta una franchigia del 5% se motivata applicata solo se questa consente il raggiungimento al 100% dell'obiettivo. La valutazione è effettuata secondo un criterio proporzionale

100% sdo chiuse nei termini e 98,28% campi obbligatori compilati. Media raggiungimento 99,14%. Con l'applicazione della franchigia l'obiettivo viene considerato raggiunto al 100%

	<b>% raggiungimento ob. incentivati</b>	<b>% valutazione</b>
<b>Totale raggiungimento obiettivi valutati</b>	<b>99,00%</b>	<b>100,00%</b>

Approvato dall'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance

L'obiettivo di equilibrio di bilancio, preconditione per ogni ulteriore valutazione dei risultati attesi incentivati sotto riportati del direttore di struttura complessa, risulta raggiunto (Delibera di Giunta Regione FVG n. 2025 del 31/10/14 - allegato 1)

## ATTIVITÀ

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
<b>Prestazioni specialistiche ambulatoriali per esterni e per interni</b>	valore attività specialistica ambulatoriale per esterni e per interni	€ 550.000 valore per esterni e € 57.000 valore per interni	100,00%	60%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>L'obiettivo è valutato complessivamente secondo un criterio proporzionale. Ai fini della valutazione, l'eventuale riduzione del valore per interni rispetto all'obiettivo verrà sterilizzata solo se viene dimostrato con evidenze documentali che la riduzione è conseguente ad interventi volti a migliorare l'appropriatezza delle richieste.</p>						

€ 563.345 valore per esterni e € 54.323 valore per interni

<b>pubblicazioni scientifiche</b>	valore impact factor normalizzato dipartimentale	valore dipartimentale: 30 IF normalizzato	100,00%	10%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>l'obiettivo è assegnato e valutato a livello dipartimentale secondo il criterio di proporzionalità.</p>						

65,6

<b>variabili attività scientifica (Allegato 1)</b>	punti attività scientifica della struttura operativa	punteggio > 4	100%		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>I punteggi realizzati vengono valutati come segue:            un punteggio &gt; = 4 punti = 100%            un punteggio &lt; 1 punti = 0            il restante = 80%</p>						

punti 11,1

## GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
<b>partecipazione al progetto di revisione della gestione del consenso informato</b>	nella cartella CRO è sempre documentata (≥ 95% dei casi) l'acquisizione del consenso informato da parte del medico curante. I tempi e le modalità di rilevazione sono quelli previsti nel programma regionale del rischio e del governo clinico	<b>il consenso informato è acquisito per tutte le procedure eseguite in regime di ricovero o ambulatoriale per le quali è previsto</b>	100%		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

96,67% su un campione di 30 cartelle (monitoraggio direzione sanitaria)

## GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
partecipazione al programma di accreditamento internazionale	L'Ente accreditante conferma l'accREDITamento internazionale per l'Istituto	conferma dell'accREDITamento internazionale (l'obiettivo si intende raggiunto anche nel caso di accREDITamento con prescrizione)	in linea	<input type="checkbox"/>	x	x

Accreditation Canada con nota del 27.03.2013 ha riconosciuto al CRO l'accREDITamento livello PLATINO con raccomandazioni alle quali è stato risposto con esito positivo.

## GESTIONE RISORSE UMANE E ORGANIZZAZIONE

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
gestire le ferie	100% ferie anno corrente e abbattimento ferie pregresse: per il personale con residuo ferie al 1/1/13 >8 gg: ridurre il residuo ferie al 1/1/13 di almeno il 10%; b) per il personale con residuo ferie al 1/1/13 ≤8 gg: residuo ferie al 1/1/14 ≤8 gg.	proseguire nel percorso di abbattimento del residuo ferie 111 gg	non in linea	<input type="checkbox"/>	x	x

nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso.

89 gg.  
Vedi mail del 16.01.2014 con la quale il responsabile della struttura chiede che nella valutazione dell'obiettivo si tenga conto dello sforzo della struttura di raggiungere l'obiettivo dell'attività (incrementale rispetto al 1999 pur a parità di risorse umane) penalizzando in parte il raggiungimento dell'obiettivo delle ferie.

gestione corretta del regolamento aziendale sull'orario di lavoro	verifica dell'assenza di recuperi a giornate intere consecutive in presenza di ferie residue	gestione corretta del regolamento	in linea	<input type="checkbox"/>	x	<input type="checkbox"/>
---	--	-----------------------------------	----------	--------------------------	---	--------------------------

E' stato concordato di valutare l'indicatore a partire dal mese di giugno. Il monitoraggio effettuato dall'ufficio personale riferito al periodo giugno-dicembre evidenzia il rispetto dell'indicatore.

piani di lavoro	i piani devono essere inviati alla direzione sanitaria entro la fine del mese precedente a quello cui la programmazione si riferisce	i piani di lavoro sono inviati regolarmente rispettando l'indicatore	100%	<input type="checkbox"/>	x	<input type="checkbox"/>
-----------------	--	--	------	--------------------------	---	--------------------------

i piani di lavoro sono sempre stati inviati nei tempi prestabiliti

valutazione dei dirigenti	le valutazioni dei dirigenti sono completate secondo le indicazioni diffuse dalle direzioni	completamento dei percorsi di valutazione dei dirigenti previsti nel 2013	in linea	<input type="checkbox"/>	x	<input type="checkbox"/>
---------------------------	---	---	----------	--------------------------	---	--------------------------

valutazione effettuata con riferimento all'anno 2012

## GESTIONE RISORSE UMANE E ORGANIZZAZIONE

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
partecipazione del personale della struttura a specifiche attività formative individuate dalle direzioni con priorità a quelle riguardanti il rispetto del codice di protezione dei dati personali	partecipazione di almeno 1 dirigente alle attività formative richieste dalle Direzioni (le attività formative verranno segnalate ad hoc)	evidenza della partecipazione	in linea	<input type="checkbox"/>	x	x

### Iniziative individuate dalle direzioni:

- incontri formativi in materia di codice di protezione dei dati personali: 2 partecipanti
- incontri formativi in materia di attuazione delle misure anticorruzione (prot. 9893/DG del 28.05): 1 partecipante

Procedura per la formazione e valorizzazione del neoassunto, compresi i contratti atipici	monitoraggio a campione da parte della dir. san. della scheda di valutazione. Il campione deve riguardare almeno il 50% del personale inserito nel 2013 con eventuali approssimazioni per eccesso (es.: 1 =1, 3= 2)	Applicazione della procedura definita nel 2011	non valutabile	<input type="checkbox"/>	x	<input type="checkbox"/>
---	---	--	----------------	--------------------------	---	--------------------------

Non ci sono stati neoassunti

## PROGRAMMI DI SCREENING

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
Screening colon retto	1) Tempo trascorso tra data in cui è stato refertato FOBt di screening positivo e data colonscopia: <=30 giorni in almeno il 90% dei casi inviati al 2° livello. 2) Esaustiva compilazione della cartella endoscopica (95% casi e informazioni)	1) rispetto dei tempi indicati dalla Regione; 2) completezza del ritorno informativo per l'attività di colonscopia secondo le indicazioni regionali	100%	<input type="checkbox"/>	x	x

### monitoraggio regionale:

1. 95,33%
2.  99,68%

## SISTEMI INFORMATIVI

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
garantire la prenotazione centralizzata attraverso g3	il 100% delle prestazioni ambulatoriali individuate ed erogate sono prenotate a sistema.	le prest amb (compresa LP) sono prenotate a sistema. Per l'attività istituzionale erogata i codici del tariffario considerati sono: 45.13, 45.16, 45.19, 45.23, 45.23.1, 45.24, 45.25, 45.26.1, 45.29.2, 45.29.3, 48.24, 89.01, 89.7	100,00%	30%	x	x

viene riconosciuta una franchigia del 10% se motivata sul numero di prestazioni ambulatoriali istituzionali. La franchigia viene applicata solo se questa consente il raggiungimento al 100% dell'obiettivo. La valutazione è effettuata secondo un criterio proporzionale

il 99,24% delle prestazioni sono prenotate a sistema. Diventa il 100% con l'applicazione della franchigia

# SISTEMI INFORMATIVI

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
utilizzo del sistema g2 clinico	100%	numero di prestazioni ambulatoriali refertate con il g2 clinico ai fini del ritorno dell'erogato	100%		x	x

viene riconosciuta una franchigia del 10% se motivata e viene applicata solo se questa consente il raggiungimento al 100% dell'obiettivo. La valutazione è effettuata secondo un criterio proporzionale.

**il 99,91% delle prestazioni ambulatoriali è refertato con il G2 clinico. Diventa il 100% con l'applicazione della franchigia**

	% raggiungimento ob. incentivati	% valutazione
Totale raggiungimento obiettivi valutati	100,00%	100,00%

Approvato dall'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance

L'obiettivo di equilibrio di bilancio, preconditione per ogni ulteriore valutazione dei risultati attesi incentivati sotto riportati del direttore di struttura complessa, risulta raggiunto (Delibera di Giunta Regione FVG n. 2025 del 31/10/14 - allegato 1)

**ASSISTENZA FARMACEUTICA**

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato		respons.	individ.	
<p><b>Garantire sul Registro dei Farmaci sottoposti a Monitoraggio l'inserimento di tutte le informazioni previste (registrazione/diagnosi/fine trattamento) finalizzato al recupero dei rimborsi secondo la procedura risk/cost sharing payment by result</b></p>	<p>1. iscrivere il paziente nel registro RFOM alla prima consegna del farmaco 2. inserire nel RFOM le informazioni previste: registrazione, diagnosi, richieste di farmaco, effetti indesiderati, rivalutazione dello stato di malattia e fine trattamento entro i termini previsti da OncoAifa. La valutazione sarà effettuata a livello di struttura operativa</p>	<p><b>evidenza dell'attuazione degli indicatori</b></p>	<p><b>non valutabile</b></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>x</p>	<p>x</p>
<p><i>nella prima revisione di budget prevista per il mese di maggio verrà valutato se validare o modificare gli indicatori</i></p>							
<p><b>L'attività è stata garantita da un altro servizio in accordo con le direzioni</b></p>							
<p><b>contenimento e governo delle prescrizioni dei farmaci ad alto costo</b></p>	<p>il 90% della spesa farmaceutica generata da un elenco di farmaci chemioterapici ad alto costo è appropriata secondo le indicazioni ufficiali</p>	<p><b>rispetto dell'indicatore</b></p>	<p><b>100%</b></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>x</p>	<p>x</p>
<p><b>I farmaci oggetto di monitoraggio sono:</b>  <b>ABRAXANE*5MG/ML FL100MG 50ML</b> <input type="checkbox"/> <b>Nab-PACLITAXEL</b>  <b>ALIMTA 500MG</b> <input type="checkbox"/> <b>PEMETREXED</b>  <b>AVASTIN*25MG/ML 1FL 16ML</b> <input type="checkbox"/> <b>BEVACIZUMAB</b>  <b>ERBITUX*5MG/ML IV FL 20ML</b> <input type="checkbox"/> <b>CETUXIMAB</b>  <b>HERCEPTIN*150MG IV 1 FL 150</b> <input type="checkbox"/> <b>TRASTUZUMAB</b>  <b>JAVLOR*25MG/ML 1FL 10ML</b> <input type="checkbox"/> <b>VINFLUNINA</b>  <b>JEVTANA*EV 1FL 60MG 1,5ML+1F</b> <input type="checkbox"/> <b>cabazitaxel</b>  <b>LEVACT*100 MG (2,5MG/ML) IV (CONF 5 FL)</b> <input type="checkbox"/> <b>Bendamustina</b>  <b>MABTHERA*IV 1 FL 500 MG 50ML</b> <input type="checkbox"/> <b>RITUXIMAB</b>  <b>MOZOBIL 24MG</b> <input type="checkbox"/> <b>PLERIXAFOR</b>  <b>VECTIBIX*20MG/ML IV 1FL 20ML</b> <input type="checkbox"/> <b>PANITUMUMAB</b>  <b>VELCADE 3,5MG</b> <input type="checkbox"/> <b>BORTEZOMIB</b>  <b>YONDELIS*1MG 1FL</b> <input type="checkbox"/> <b>TRABECTEDINA</b>  <b>100% (nota prot. 17/2014 F del 24.03.2014)</b></p>							
<p><b>L'azienda incentiva la prescrizione dei medicinali a brevetto scaduto e in particolare dovranno essere promosse iniziative in linea con gli obiettivi previsti dagli indicatori di programmazione e controllo individuati dall'AIFA ai sensi del DL 78/2010.</b></p>	<p>rapporto tra dosi di farmaci a brevetto scaduto e dosi di originator (se di costo superiore): il 90% delle dosi appartiene al gruppo delle molecole al costo non superiore a quello del farmaco a brevetto scaduto</p>	<p><b>rispetto dell'indicatore</b></p>	<p><b>100%</b></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>x</p>	<p>x</p>
<p><b>92,4% a livello aziendale (nota prot. 01/2014 F del 07.01.2014)</b></p>							

## ATTIVITÀ

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
<b>attività di ricovero</b>	- entro settembre 2013 : studio di fattibilità relativo alla disattivazione delle degenze ordinarie per pazienti con età, alla data della diagnosi, maggiore di 18 anni - entro il mese di dicembre 2013: attuazione delle conclusioni dello studio	<b>disattivazione degenze ordinarie per pazienti con età, alla data della diagnosi, maggiore di 18</b>	<b>in linea</b>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

**vedi nota prot. 22213/S del 19.12.2013 con la quale il direttore sanitario ha disposto la disattivazione delle degenze ordinarie per pazienti con età, alla data della diagnosi, maggiore di 18 anni a partire dal 01.01.2014. L'obiettivo viene considerato in linea con gli indicatori**

<b>Prestazioni specialistiche ambulatoriali per esterni e per interni</b>	valore attività specialistica ambulatoriale per esterni e per interni	<b>€ 11.500.000</b>	<b>100,00%</b>	<b>75%</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
---	---	---------------------	----------------	------------	-------------------------------------	-------------------------------------

Valutazione proporzionale con un margine di tolleranza del 1%

L'obiettivo correlato alle RAR potrà essere modificato in seguito alla sottoscrizione degli accordi RAR. L'incentivo verrà riconosciuto secondo i criteri stabiliti nell'accordo.

**€ 12.322.092 (€ 9.419.904 valore per esterni e € 2.902.188 valore per interni)**

<b>attività di ricovero</b>	indice di case mix ricoveri ordinari	<b>0,66</b>	<b>100%</b>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
-----------------------------	--------------------------------------	-------------	-------------	--	-------------------------------------	-------------------------------------

**0,69**

<b>pubblicazioni scientifiche</b>	valore impact factor normalizzato dipartimentale	<b>valore dipartimentale: 35 IF normalizzato</b>	<b>100,00%</b>	<b>20%</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
-----------------------------------	--	--	----------------	------------	-------------------------------------	-------------------------------------

L'obiettivo è assegnato e valutato a livello dipartimentale secondo il criterio di proporzionalità.

**48,5**

<b>variabili attività scientifica (Allegato 1)</b>	punti attività scientifica della struttura operativa	<b>punteggio &gt; 4</b>	<b>100,00%</b>	<b>5%</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
--	--	-------------------------	----------------	-----------	-------------------------------------	-------------------------------------

I punteggi realizzati vengono valutati come segue:

un punteggio > = 4 punti = 100%

un punteggio < 1 punti = 0

il restante = 80%

**punti 18,4**

## GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
<b>partecipazione al progetto di revisione della gestione del consenso informato</b>	nella cartella CRO è sempre documentata (≥ 95% dei casi) l'acquisizione del consenso informato da parte del medico curante. I tempi e le modalità di rilevazione sono quelli previsti nel programma regionale del rischio e del governo clinico	<b>il consenso informato è acquisito per tutte le procedure eseguite in regime di ricovero o ambulatoriale per le quali è previsto</b>	<b>100%</b>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

**100% su un campione di 15 cartelle di ricovero (monitoraggio direzione sanitaria). 99,2% per le cartelle ambulatoriali. In questo caso il controllo è stato sistematico su tutte le cartelle.**

## GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
certificazione e accreditamento	certificazione ISO 9001-2008 : rispetto delle scadenze ed esito positivo delle eventuali visite di sorveglianza	rispetto degli adempimenti previsti nel 2013 ed esito positivo delle eventuali visite di sorveglianza	in linea	<input type="checkbox"/>	x	x

nel mese di ottobre 2013 si è svolta la visita di rinnovo della certificazione da parte dell'ente certificante (Bureau Veritas). La struttura ha ottenuto la certificazione con Non Conformità e/o osservazioni

partecipazione al programma di accreditamento internazionale	L'Ente accreditante conferma l'accREDITamento internazionale per l'Istituto	conferma dell'accREDITamento internazionale (l'obiettivo si intende raggiunto anche nel caso di accREDITamento con prescrizione)	in linea	<input type="checkbox"/>	x	x
--	---	--	----------	--------------------------	---	---

Accreditation Canada con nota del 27.03.2013 ha riconosciuto al CRO l'accREDITamento livello PLATINO con raccomandazioni alle quali è stato risposto con esito positivo.

riduzione del rischio nella somministrazione farmaci	monitoraggio della direzione sanitaria con campionamenti trimestrali della documentazione clinica per accertare il corretto utilizzo della scheda unica di terapia	utilizzo della scheda unica di terapia	non in linea	<input type="checkbox"/>	x	x
--	--	--	--------------	--------------------------	---	---

46,67% su un campione di 15 cartelle (monitoraggio direzione sanitaria)

## GESTIONE RISORSE UMANE E ORGANIZZAZIONE

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
gestire le ferie	100% ferie anno corrente e abbattimento ferie pregresse: per il personale con residuo ferie al 1/1/13 >8 gg: ridurre il residuo ferie al 1/1/13 di almeno il 10%; b) per il personale con residuo ferie al 1/1/13 ≤8 gg: residuo ferie al 1/1/14 ≤8 gg.	perseguire nel percorso di abbattimento del residuo ferie 559 gg	non in linea	<input type="checkbox"/>	x	x

nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso.

510 gg

gestione corretta del regolamento aziendale sull'orario di lavoro	verifica dell'assenza di recuperi a giornate intere consecutive in presenza di ferie residue	gestione corretta del regolamento	in linea	<input type="checkbox"/>	x	<input type="checkbox"/>
---	--	-----------------------------------	----------	--------------------------	---	--------------------------

E' stato concordato di valutare l'indicatore a partire dal mese di giugno. Il monitoraggio effettuato dall'ufficio personale riferito al periodo giugno-dicembre evidenzia il rispetto dell'indicatore.

## GESTIONE RISORSE UMANE E ORGANIZZAZIONE

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
piani di lavoro	i piani devono essere inviati alla direzione sanitaria entro la fine del mese precedente a quello cui la programmazione si riferisce	i piani di lavoro sono inviati regolarmente rispettando l'indicatore	100%	<input type="checkbox"/>	x	<input type="checkbox"/>
i piani di lavoro sono sempre stati inviati nei tempi prestabiliti						
valutazione dei dirigenti	le valutazioni dei dirigenti sono completate secondo le indicazioni diffuse dalle direzioni	completamento dei percorsi di valutazione dei dirigenti previsti nel 2013	in linea	<input type="checkbox"/>	x	<input type="checkbox"/>
valutazione effettuata con riferimento all'anno 2012						
partecipazione del personale della struttura a specifiche attività formative individuate dalle direzioni con priorità a quelle riguardanti il rispetto del codice di protezione dei dati personali	partecipazione di almeno 1 dirigente alle attività formative richieste dalle Direzioni (le attività formative verranno segnalate ad hoc)	evidenza della partecipazione	in linea	<input type="checkbox"/>	x	x
Iniziativa individuate dalle direzioni: - incontri formativi in materia di codice di protezione dei dati personali: 7 partecipanti - incontri formativi in materia di attuazione delle misure anticorruzione (prot. 9893/DG del 28.05): 2 partecipanti						
Procedura per la formazione e valorizzazione del neoassunto, compresi i contratti atipici	monitoraggio a campione da parte della dir. san. della scheda di valutazione. Il campione deve riguardare almeno il 50% del personale inserito nel 2013 con eventuali approssimazioni per eccesso (es.: 1 =1, 3= 2)	Applicazione della procedura definita nel 2011	non valutabile	<input type="checkbox"/>	x	<input type="checkbox"/>
Non ci sono stati neoassunti						

## GOVERNO DEI TEMPI DI ATTESA

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
Rispetto dei tempi di attesa	produzione dello studio di fattibilità	progetto riorganizzativo finalizzato a verificare la fattibilità dell'attivazione del doppio turno per un secondo acceleratore entro il 1° semestre	in linea	<input type="checkbox"/>	x	x
con nota prot. 35/RT del 20 maggio 2013 il direttore della struttura di radioterapia ha presentato un progetto per il rispetto dei tempi di attesa						

## GOVERNO DEI TEMPI DI ATTESA

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
contenimento tempi di attesa riguardante il riassorbimento dell'attività ecografica per compensare l'assenza di un dirigente medico della SOC di radiologia	contribuire al mantenimento del numero complessivo di prestazioni ecografiche per esterni erogate nel 2012 dalle strutture di radiologia e medicina nucleare	numero non inferiore a quelle eseguite nel 2012 nelle strutture di radiologia e medicina nucleare (3.334)	97,09%		x	x

L'obiettivo correlato alle RAR potrà essere modificato in seguito alla sottoscrizione degli accordi RAR. L'incentivo verrà riconosciuto secondo i criteri stabiliti nell'accordo.

3.237 prestazioni ecografiche eseguite

## SISTEMI INFORMATIVI

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
corretta trasmissione delle SDO	- 100% di SDO chiuse nei termini - 100% dei campi obbligatori compilati	Chiudere la SDO entro il ventesimo giorno del mese successivo a quello della dimissione del paziente per i ricoveri ordinari e dell'ultimo accesso per i ricoveri in DH con tutti i campi obbligatori compilati	100%		x	x

viene riconosciuta una franchigia del 5% se motivata applicata solo se questa consente il raggiungimento al 100% dell'obiettivo. La valutazione è effettuata secondo un criterio proporzionale

92,25% sdo chiuse nei termini e 99,40% campi obbligatori compilati. Media raggiungimento 95,82%. Con l'applicazione della franchigia l'obiettivo viene considerato raggiunto al 100%

garantire la prenotazione centralizzata attraverso g3	il 100% delle prestazioni ambulatoriali individuate ed erogate sono prenotate a sistema	le prest amb (compresa LP) sono prenotate attraverso il sistema centralizzato. Per l'attività istituzionale erogata il codice del tariffario considerato è 89.7	100%		x	x
---	---	---	------	--	---	---

viene riconosciuta una franchigia del 10% se motivata sul numero di prestazioni ambulatoriali istituzionali. La franchigia viene applicata solo se questa consente il raggiungimento al 100% dell'obiettivo. La valutazione è effettuata secondo un criterio proporzionale.

il 97,93% delle prestazioni sono prenotate a sistema. Diventa il 100% con l'applicazione della franchigia

utilizzo del sistema g2 clinico	100%	numero di prime visite ambulatoriali refertate con il g2 clinico ai fini del ritorno dell'erogato	100%		x	x
---------------------------------	------	---	------	--	---	---

viene riconosciuta una franchigia del 10% se motivata e viene applicata solo se questa consente il raggiungimento al 100% dell'obiettivo. La valutazione è effettuata secondo un criterio proporzionale.

il 98,13% delle prestazioni ambulatoriali è refertato con il G2 clinico. Diventa il 100% con l'applicazione della franchigia

% raggiungimento ob. incentivati

% valutazione

Totale raggiungimento obiettivi valutati

100,00%

100,00%

## Approvato dall'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance

L'obiettivo di equilibrio di bilancio, preconditione per ogni ulteriore valutazione dei risultati attesi incentivati sotto riportati del direttore di struttura complessa, risulta raggiunto (Delibera di Giunta Regione FVG n. 2025 del 31/10/14 - allegato 1)

## ATTIVITÀ

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
<b>Prestazioni specialistiche ambulatoriali per esterni e per interni</b>	valore attività specialistica ambulatoriale per esterni e per interni	€ 370.000 valore per esterni e € 35.000 valore per interni	100,00%	60%	x	x
<p>L'obiettivo è valutato complessivamente secondo un criterio proporzionale.</p> <p>L'obiettivo correlato alle RAR potrà essere modificato in seguito alla sottoscrizione degli accordi RAR. L'incentivo verrà riconosciuto secondo i criteri stabiliti nell'accordo.</p> <p>€ 396.485 valore per esterni e € 28.655 valore per interni</p>						
<b>pubblicazioni scientifiche</b>	valore impact factor normalizzato dipartimentale	valore dipartimentale: 35 IF normalizzato	100,00%	5%	x	x
<p>l'obiettivo è assegnato e valutato a livello dipartimentale secondo il criterio di proporzionalità.</p> <p>48,5</p>						
<b>variabili attività scientifica (Allegato 1)</b>	punti attività scientifica della struttura operativa	punteggio > 4	100,00%	5%	x	x
<p>I punteggi realizzati vengono valutati come segue:  un punteggio &gt; = 4 punti = 100%  un punteggio &lt; 1 punti = 0  il restante = 80%</p> <p>punti 6</p>						

## ATTIVAZIONE PROCEDURE AD ALTA COMPLESSITÀ

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
<b>stesura protocolli per trattamenti ad alta complessità</b>	stesura di 3 protocolli (stereotassi extra-lung entro maggio, cervice uterina entro luglio, linfoma gastrico entro settembre)	i protocolli sono definiti	100,00%	15%	x	x

- con nota prot. n.25/FS/2013 del 28/5/2013 il direttore della struttura ha trasmesso il protocollo "stereotassi extra lung". Il protocollo è stato inserito nel sistema qualità dal Direttore dell'Oncologia Radioterapica.  
- con nota prot.n.32/FS/2013 del 26/7/2013 il direttore della struttura ha trasmesso il protocollo "cervice uterina".  
- con nota prot.n.22/FS/2013 del 30/9/2013 il direttore della struttura ha trasmesso il protocollo "linfoma gastrico".

# GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
certificazione e accreditamento	richiesta della visita di certificazione ISO 9001-2008 entro il 31.12.2013	preparazione alla visita di certificazione	in linea	<input type="checkbox"/>	x	x
<p><b>Nel mese di ottobre 2013 la struttura è stata inclusa nella visita per la certificazione. L'esito è stato positivo con alcune osservazioni (trasversali a tutte le strutture certificate)</b></p>						
certificazione e accreditamento	certificazione ISO 9001-2008 : rispetto delle scadenze ed esito positivo delle eventuali visite di sorveglianza	rispetto degli adempimenti previsti nel 2013 ed esito positivo delle eventuali visite di sorveglianza	in linea	<input type="checkbox"/>	x	x
<p><b>Nel mese di ottobre 2013 si è svolta la visita di rinnovo della certificazione da parte dell'ente certificante (Bureau Veritas). La struttura ha ottenuto la certificazione con Non Conformità e/o osservazioni</b></p>						
partecipazione al programma di accreditamento internazionale	L'Ente accreditante conferma l'accREDITamento internazionale per l'Istituto	conferma dell'accREDITamento internazionale (l'obiettivo si intende raggiunto anche nel caso di accREDITamento con prescrizione)	in linea	<input type="checkbox"/>	x	x
<p><b>Accreditation Canada con nota del 27.03.2013 ha riconosciuto al CRO l'accREDITamento livello PLATINO con raccomandazioni alle quali è stato risposto con esito positivo.</b></p>						
programmazione ed esecuzione di attività formative in radioprotezione per il personale coinvolto nelle attività	programmazione ed esecuzione di 3 corsi: - Radioprotezione di operatori e pazienti in Radioterapia <input type="checkbox"/> - Radioprotezione di operatori e pazienti in Medicina Nucleare <input type="checkbox"/> - Radioprotezione di operatori e pazienti in Radiologia	effettuazione delle attività formative programmate	in linea	<input type="checkbox"/>	x	x
<p><b>I corsi sono stati effettuati: - radioprotezione dei lavoratori e dei pazienti : formazione del personale della radioterapia - data esecuzione 25.10.2013 e 27.11.2013 - radioprotezione dei lavoratori e dei pazienti : formazione del personale della medicina nucleare - data esecuzione 15.11.2013 - radioprotezione dei lavoratori e dei pazienti : formazione del personale della radiologia - data esecuzione 04.11.2013 - radiazioni ottiche artificiali: utilizzo in sicurezza di apparecchiature con sorgenti laser - data esecuzione 22.11.2013 (nota prot. 2/FS/2014 DEL 10.01.2014)</b></p>						
garantire la sicurezza degli operatori dall'esposizione alle radiazioni ionizzanti	nel 2013 sono formati tutti i soggetti interessati (responsabili delle soc di radioterapia, medicina nucleare, radiologia, anestesia, gastroenterologia e fisica sanitaria)	assicurare la formazione	100,00%	15%	x	x
<p><b>Il personale della struttura ha provveduto alla formazione dei responsabili di Oncologia Radioterapica, di Medicina Nucleare, di Radiologia, di Anestesia e di Gastroenterologia (nota prot. 55/FS/2013 del 16.12.2013).</b></p>						

# GESTIONE RISORSE UMANE E ORGANIZZAZIONE

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
<b>gestire le ferie</b>	100% ferie anno corrente e abbattimento ferie pregresse: per il personale con residuo ferie al 1/1/13 >8 gg: ridurre il residuo ferie al 1/1/13 di almeno il 10%; b) per il personale con residuo ferie al 1/1/13 ≤8 gg: residuo ferie al 1/1/14 ≤8 gg.	<b>perseguire nel percorso di abbattimento del residuo ferie</b> 257 gg	<b>in linea</b>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<p><i>nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso.</i></p>						
<b>267 gg</b>						
<b>gestione corretta del regolamento aziendale sull'orario di lavoro</b>	verifica dell'assenza di recuperi a giornate intere consecutive in presenza di ferie residue	<b>gestione corretta del regolamento</b>	<b>in linea</b>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>E' stato concordato di valutare l'indicatore a partire dal mese di giugno. Il monitoraggio effettuato dall'ufficio personale riferito al periodo giugno-dicembre evidenzia il rispetto dell'indicatore.</b>						
<b>piani di lavoro</b>	i piani devono essere inviati alla direzione sanitaria entro la fine del mese precedente a quello cui la programmazione si riferisce	<b>i piani di lavoro sono inviati regolarmente rispettando l'indicatore</b>	<b>100%</b>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>i piani di lavoro sono sempre stati inviati nei tempi prestabiliti</b>						
<b>valutazione dei dirigenti</b>	le valutazioni dei dirigenti sono completate secondo le indicazioni diffuse dalle direzioni	<b>completamento dei percorsi di valutazione dei dirigenti previsti nel 2013</b>	<b>in linea</b>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>valutazione effettuata con riferimento all'anno 2012</b>						
<b>partecipazione del personale della struttura a specifiche attività formative individuate dalle direzioni con priorità a quelle riguardanti il rispetto del codice di protezione dei dati personali</b>	partecipazione di almeno 1 dirigente alle attività formative richieste dalle Direzioni (le attività formative verranno segnalate ad hoc)	<b>evidenza della partecipazione</b>	<b>in linea</b>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>Iniziativa individuate dalle direzioni: - incontri formativi in materia di codice di protezione dei dati personali: 5 partecipanti - incontri formativi in materia di attuazione delle misure anticorruzione (prot. 9893/DG del 28.05): 7 partecipanti</b>						
<b>Procedura per la formazione e valorizzazione del neoassunto, compresi i contratti atipici</b>	monitoraggio a campione da parte della dir. san. della scheda di valutazione. Il campione deve riguardare almeno il 50% del personale inserito nel 2013 con eventuali approssimazioni per eccesso (es.: 1 =1, 3= 2)	<b>Applicazione della procedura definita nel 2011</b>	<b>in linea</b>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>il monitoraggio sull'applicazione della procedura nel 2013 è positivo (1 neassunto).</b>						

**% raggiungimento ob.  
incentivati**

**%  
valutazione**

**Totale raggiungimento obiettivi valutati**

**100,00%**

**100,00%**

## Approvato dall'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance

L'obiettivo di equilibrio di bilancio, precondizione per ogni ulteriore valutazione dei risultati attesi incentivati sotto riportati del direttore di struttura complessa, risulta raggiunto (Delibera di Giunta Regione FVG n. 2025 del 31/10/14 - allegato 1)

## ATTIVITÀ

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
<b>Prestazioni specialistiche ambulatoriali per esterni e per interni</b>	valore attività specialistica ambulatoriale per esterni e per interni	€ 2.445.000 valore per esterni e € 850.000 valore per interni	100,00%	75%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

L'obiettivo è valutato complessivamente secondo un criterio proporzionale. Ai fini della valutazione, l'eventuale riduzione del valore per interni rispetto all'obiettivo verrà sterilizzata solo se viene dimostrato con evidenze documentali che la riduzione è conseguente ad interventi volti a migliorare l'appropriatezza delle richieste.

€ 2.304.331 valore per esterni e € 808.883 valore per interni. Il risultato viene valutato considerando l'assenza per 6 mesi di un dirigente medico.

<b>pubblicazioni scientifiche</b>	valore impact factor normalizzato dipartimentale	valore dipartimentale: 35 IF normalizzato	100,00%	20%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----------------------------------	--	---	---------	-----	--------------------------	--------------------------

l'obiettivo è assegnato e valutato a livello dipartimentale secondo il criterio di proporzionalità.

48,5

<b>variabili attività scientifica (Allegato 1)</b>	punti attività scientifica della struttura operativa	punteggio > 4	100,00%	5%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--	---------------	---------	----	--------------------------	--------------------------

I punteggi realizzati vengono valutati come segue:  
 un punteggio > = 4 punti = 100%  
 un punteggio < 1 punti = 0  
 il restante = 80%

punti 5

## GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
<b>partecipazione al progetto di revisione della gestione del consenso informato</b>	nella cartella CRO è sempre documentata (≥ 95% dei casi) l'acquisizione del consenso informato da parte del medico curante. I tempi e le modalità di rilevazione sono quelli previsti nel programma regionale del rischio e del governo clinico	<b>il consenso informato è acquisito per tutte le procedure eseguite in regime di ricovero o ambulatoriale per le quali è previsto</b>	100%		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

100% su un campione di 30 cartelle (monitoraggio direzione sanitaria)

<b>certificazione e accreditamento</b>	certificazione ISO 9001-2008: predisposizione del manuale di qualità della struttura	<b>evidenza dell'attuazione dell'indicatore</b>	non in linea		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--	---	--------------	--	--------------------------	--------------------------

il documento non è stato completato

## GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
partecipazione al programma di accreditamento internazionale	L'Ente accreditante conferma l'accREDITamento internazionale per l'Istituto	conferma dell'accREDITamento internazionale (l'obiettivo si intende raggiunto anche nel caso di accREDITamento con prescrizione)	in linea	<input type="checkbox"/>	x	x

Accreditation Canada con nota del 27.03.2013 ha riconosciuto al CRO l'accREDITamento livello PLATINO con raccomandazioni alle quali è stato risposto con esito positivo.

## GESTIONE RISORSE UMANE E ORGANIZZAZIONE

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
gestire le ferie	100% ferie anno corrente e abbattimento ferie pregresse: per il personale con residuo ferie al 1/1/13 >8 gg: ridurre il residuo ferie al 1/1/13 di almeno il 10%; b) per il personale con residuo ferie al 1/1/13 ≤8 gg: residuo ferie al 1/1/14 ≤8 gg.	proseguire nel percorso di abbattimento del residuo ferie 189 gg	non in linea	<input type="checkbox"/>	x	x

nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso.

157 gg

gestione corretta del regolamento aziendale sull'orario di lavoro	verifica dell'assenza di recuperi a giornate intere consecutive in presenza di ferie residue	gestione corretta del regolamento	in linea	<input type="checkbox"/>	x	<input type="checkbox"/>
---	--	-----------------------------------	----------	--------------------------	---	--------------------------

E' stato concordato di valutare l'indicatore a partire dal mese di giugno. Il monitoraggio effettuato dall'ufficio personale riferito al periodo giugno-dicembre evidenzia il rispetto dell'indicatore.

piani di lavoro	i piani devono essere inviati alla direzione sanitaria entro la fine del mese precedente a quello cui la programmazione si riferisce	i piani di lavoro sono inviati regolarmente rispettando l'indicatore	100%	<input type="checkbox"/>	x	<input type="checkbox"/>
-----------------	--	--	------	--------------------------	---	--------------------------

i piani di lavoro sono sempre stati inviati nei tempi prestabiliti

valutazione dei dirigenti	le valutazioni dei dirigenti sono completate secondo le indicazioni diffuse dalle direzioni	completamento dei percorsi di valutazione dei dirigenti previsti nel 2013	in linea	<input type="checkbox"/>	x	<input type="checkbox"/>
---------------------------	---	---	----------	--------------------------	---	--------------------------

valutazione effettuata con riferimento all'anno 2012

## GESTIONE RISORSE UMANE E ORGANIZZAZIONE

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
partecipazione del personale della struttura a specifiche attività formative individuate dalle direzioni con priorità a quelle riguardanti il rispetto del codice di protezione dei dati personali	partecipazione di almeno 1 dirigente alle attività formative richieste dalle Direzioni (le attività formative verranno segnalate ad hoc)	evidenza della partecipazione	in linea	<input type="checkbox"/>	x	x

### Iniziative individuate dalle direzioni:

- incontri formativi in materia di codice di protezione dei dati personali: 5 partecipanti
- incontri formativi in materia di attuazione delle misure anticorruzione (prot. 9893/DG del 28.05): 2 partecipanti

Procedura per la formazione e valorizzazione del neoassunto, compresi i contratti atipici	monitoraggio a campione da parte della dir. san. della scheda di valutazione. Il campione deve riguardare almeno il 50% del personale inserito nel 2013 con eventuali approssimazioni per eccesso (es.: 1 =1, 3= 2)	Applicazione della procedura definita nel 2011	non valutabile	<input type="checkbox"/>	x	<input type="checkbox"/>
---	---	--	----------------	--------------------------	---	--------------------------

Nel corso del 2013 c'è stato solo un neoassunto nel mese di ottobre. L'obiettivo non è pertanto valutabile

## GOVERNO DEI TEMPI DI ATTESA

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
ottimizzazione dei percorsi diagnostici per stadiazione oncologica	1) il 95% degli esami per prima stadiazione è eseguito entro 10 gg lavorativi dalla richiesta; 2) il 95% delle prestazioni diagnost per paz. ricoverati (ricoveri ordinari) è eseguito entro 24 ore lavorative x rx dirette ed eco e 48 ore lavorative x tac e rm.	attivazione dell'order entry per la prenotazione degli esami diagnostici dai reparti entro il 30.06.2013	100%	<input type="checkbox"/>	x	x

Dal mese di giugno è stato attivato l'order entry per la prenotazione degli esami diagnostici dai reparti. Il sistema non è pienamente operativo, pertanto il monitoraggio è effettuato sui dati forniti direttamente dalla Radiologia.

- 1) 99,75% eseguito entro i termini previsti (1.199 su 1.202; include tre prestazioni di luglio con 14 gg di attesa, ma giustificati in quanto programmati con l'intervento).
- 2) 99,9% eseguito entro i termini previsti (4.146 su 4.150; 10 casi di centraggio, 1 ecografia ed 1 radiografia hanno 2 gg di attesa, ma giustificati in quanto programmati con l'intervento).

## PROGRAMMI DI SCREENING

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
Screening mammografico	Tempo trascorso tra la data del primo approfondimento e la data in cui è disponibile e reso definitivo l'esito finale nel G2 clinico: <= 30 giorni in almeno il 90% dei casi inviati al 2° livello	rispetto dei tempi indicati dalla Regione	100%	<input type="checkbox"/>	x	x

95,26% (monitoraggio regionale)

## PROGRAMMI DI SCREENING

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
mandare a regime il percorso one day diagnosis già sperimentato a fine 2011 e trasmesso alla Direzione Centrale Salute a novembre 2012 con nota prot. 17514/S	è garantito il percorso one day diagnosis per gli approfondimenti da screening regionale dal momento dell'avvio da parte della Direzione Centrale e comunque per un numero complessivo di casi (anche non di screening) non inferiori a 50.	tutti i casi provenienti da screening reg. sono processati secondo il protoc. One day dall'avvio da parte della D.C.. Le eventuali eccezioni devono essere adeguatamente motivate. Complessivam. sarà processato un n. di casi (anche non screening) non < 50	100%		x	x

L'obiettivo correlato alle RAR potrà essere modificato in seguito alla sottoscrizione degli accordi RAR. L'incentivo verrà riconosciuto secondo i criteri stabiliti nell'accordo.

**n. 83 pazienti trattati di cui 11 nell'ambito del programma di screening regionale organizzato**

## SISTEMI INFORMATIVI

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
Gestione e monitoraggio del sistema PACS	risparmio non inferiore al 30% vs. 2012	riduzione dei consumi di pellicole radiografiche	100%		x	x

**Il consumo di pellicole radiografiche del 2013 ammonta a € 13.700 contro un totale 2012 di € 74.000 (-81,47%)**

garantire la prenotazione centralizzata attraverso g3	il 100% delle prestazioni ambulatoriali individuate ed erogate sono prenotate a sistema	le prest amb (compresa LP) sono prenotate a sistema. Per l'attività istituzionale erogata i codici del tariffario considerati sono: 87.37.1, 87.44.1, 88.01.6, 88.91.2 e 88.93.	100%		x	x
---	---	---	------	--	---	---

viene riconosciuta una franchigia del 10% se motivata sul numero di prestazioni ambulatoriali istituzionali. La franchigia viene applicata solo se questa consente il raggiungimento al 100% dell'obiettivo. La valutazione è effettuata secondo un criterio proporzionale

**il 97,13% delle prestazioni sono prenotate a sistema. Diventa il 100% con l'applicazione della franchigia**

utilizzo del sistema g2 clinico	100%	numero di prestazioni ambulatoriali refertate con il g2 clinico ai fini del ritorno dell'erogato	100%		x	x
---------------------------------	------	--	------	--	---	---

viene riconosciuta una franchigia del 10% se motivata e viene applicata solo se questa consente il raggiungimento al 100% dell'obiettivo. La valutazione è effettuata secondo un criterio proporzionale.

**il 99,94% delle prestazioni ambulatoriali è refertato con il G2 clinico. Diventa il 100% con l'applicazione della franchigia**

% raggiungimento ob. incentivati

% valutazione

Totale raggiungimento obiettivi valutati

100,00%

100,00%

Approvato dall'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance

L'obiettivo di equilibrio di bilancio, preconditione per ogni ulteriore valutazione dei risultati attesi incentivati sotto riportati del direttore di struttura complessa, risulta raggiunto (Delibera di Giunta Regione FVG n. 2025 del 31/10/14 - allegato 1)

ATTIVITÀ

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
<b>Mantenimento dell'attività PET anno 2012</b>	mantenimento dell'attività PET 2012 (ambulatoriale e per interni)	<b>3.400 PET</b>	<b>100,00%</b>	<b>85%</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>L'obiettivo è valutato secondo un criterio proporzionale</i>						
<b>3.846 PET</b>						
<b>pubblicazioni scientifiche</b>	valore impact factor normalizzato dipartimentale	<b>valore dipartimentale: 35 IF normalizzato</b>	<b>100,00%</b>	<b>10%</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>l'obiettivo è assegnato e valutato a livello dipartimentale secondo il criterio di proporzionalità.</i>						
<b>48,5</b>						
<b>variabili attività scientifica (Allegato 1)</b>	punti attività scientifica della struttura operativa	<b>punteggio &gt; 4</b>	<b>80,00%</b>	<b>5%</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>I punteggi realizzati vengono valutati come segue: un punteggio &gt; = 4 punti = 100% un punteggio &lt; 1 punti = 0 il restante = 80%</i>						
<b>punti 2,2</b>						

GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
<b>partecipazione al progetto di revisione della gestione del consenso informato</b>	nella cartella CRO è sempre documentata (≥ 95% dei casi) l'acquisizione del consenso informato da parte del medico curante. I tempi e le modalità di rilevazione sono quelli previsti nel programma regionale del rischio e del governo clinico	<b>il consenso informato è acquisito per tutte le procedure eseguite in regime di ricovero o ambulatoriale per le quali è previsto</b>	<b>100%</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>100% su un campione di 30 cartelle (monitoraggio direzione sanitaria)</b>						
<b>certificazione e accreditamento</b>	certificazione ISO 9001-2008: predisposizione del manuale di qualità della struttura	<b>evidenza dell'attuazione dell'indicatore</b>	<b>in linea</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Il manuale è stato predisposto entro il 31.12.2013</b>						

## GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
partecipazione al programma di accreditamento internazionale	L'Ente accreditante conferma l'accREDITamento internazionale per l'Istituto	conferma dell'accREDITamento internazionale (l'obiettivo si intende raggiunto anche nel caso di accREDITamento con prescrizione)	in linea	<input type="checkbox"/>	x	x

Accreditation Canada con nota del 27.03.2013 ha riconosciuto al CRO l'accREDITamento livello PLATINO con raccomandazioni alle quali è stato risposto con esito positivo.

## GESTIONE RISORSE UMANE E ORGANIZZAZIONE

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
gestire le ferie	100% ferie anno corrente e abbattimento ferie pregresse: per il personale con residuo ferie al 1/1/13 >8 gg: ridurre il residuo ferie al 1/1/13 di almeno il 10%; b) per il personale con residuo ferie al 1/1/13 ≤8 gg: residuo ferie al 1/1/14 ≤8 gg.	proseguire nel percorso di abbattimento del residuo ferie 142 gg	non in linea	<input type="checkbox"/>	x	x

nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso.

137 gg

gestione corretta del regolamento aziendale sull'orario di lavoro	verifica dell'assenza di recuperi a giornate intere consecutive in presenza di ferie residue	gestione corretta del regolamento	in linea	<input type="checkbox"/>	x	<input type="checkbox"/>
---	--	-----------------------------------	----------	--------------------------	---	--------------------------

E' stato concordato di valutare l'indicatore a partire dal mese di giugno. Il monitoraggio effettuato dall'ufficio personale riferito al periodo giugno-dicembre evidenzia il rispetto dell'indicatore.

piani di lavoro	i piani devono essere inviati alla direzione sanitaria entro la fine del mese precedente a quello cui la programmazione si riferisce	i piani di lavoro sono inviati regolarmente rispettando l'indicatore	100%	<input type="checkbox"/>	x	<input type="checkbox"/>
-----------------	--	--	------	--------------------------	---	--------------------------

i piani di lavoro sono sempre stati inviati nei tempi prestabiliti

valutazione dei dirigenti	le valutazioni dei dirigenti sono completate secondo le indicazioni diffuse dalle direzioni	completamento dei percorsi di valutazione dei dirigenti previsti nel 2013	in linea	<input type="checkbox"/>	x	<input type="checkbox"/>
---------------------------	---	---	----------	--------------------------	---	--------------------------

valutazione effettuata con riferimento all'anno 2012

## GESTIONE RISORSE UMANE E ORGANIZZAZIONE

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
partecipazione del personale della struttura a specifiche attività formative individuate dalle direzioni con priorità a quelle riguardanti il rispetto del codice di protezione dei dati personali	partecipazione di almeno 1 dirigente alle attività formative richieste dalle Direzioni (le attività formative verranno segnalate ad hoc)	evidenza della partecipazione	in linea	<input type="checkbox"/>	x	x

### Iniziative individuate dalle direzioni:

- incontri formativi in materia di codice di protezione dei dati personali: 4 partecipanti
- incontri formativi in materia di attuazione delle misure anticorruzione (prot. 9893/DG del 28.05): 1 partecipante

Procedura per la formazione e valorizzazione del neoassunto, compresi i contratti atipici	monitoraggio a campione da parte della dir. san. della scheda di valutazione. Il campione deve riguardare almeno il 50% del personale inserito nel 2013 con eventuali approssimazioni per eccesso (es.: 1 =1, 3= 2)	Applicazione della procedura definita nel 2011	in linea	<input type="checkbox"/>	x	<input type="checkbox"/>
---	---	--	----------	--------------------------	---	--------------------------

il monitoraggio sull'applicazione della procedura nel 2013 è positivo (1 neassunto).

## GOVERNO DEI TEMPI DI ATTESA

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
ottimizzazione dei percorsi diagnostici per stadiazione oncologica	1) il 95% degli esami pet per prima stadiazione è eseguito entro 8 gg lavorativi dalla richiesta; 2) il 95% delle prestazioni diagnostiche per pazienti ricoverati (ricoveri ordinari) è eseguito entro 72 ore lavorative x scintigrafie ed entro 24 ore lavorative x ecografie nota bene: a partire dall'attivazione dell'order entry il monitoraggio deve essere effettuato con lo strumento elettronico.	attivazione dell'order entry per la prenotazione degli esami diagnostici dai reparti entro il 30.06.2013	in linea	<input type="checkbox"/>	x	x

1) su 301 PET, 22 superano 8 giorni lavorativi di attesa, ma per 12 il periodo era richiesto dal medico o dal paziente. Raggiungimento 96%.

2)a gen-dic il 100% delle scintigrafie (5) è eseguita entro 72 ore. Raggiungimento 100%

2) b Gen-Lug: il 100% delle ecografie (77) sono eseguite entro 24 ore  
Raggiungimento 100%

Dal mese di giugno è stato attivato l'order entry per la prenotazione degli esami diagnostici dai reparti. Il sistema non è pienamente operativo perché non consente di inserire la voce "data desiderata" e conseguentemente verificare il tempo intercorso tra la giornata richiesta e quella effettiva di esecuzione dell'esame.

Il Direttore della struttura ha comunque dichiarato il rispetto dei tempi di esecuzione degli esami ecografici (nota prot.n.EB 20/2014 del 27/6/14)

# SISTEMI INFORMATIVI

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
<b>garantire la prenotazione centralizzata attraverso g3</b>	il 100% delle prestazioni ambulatoriali individuate ed erogate sono prenotate a sistema	<b>le prest amb (compresa LP) sono prenotate attraverso a sistema. Per l'attività istituzionale erogata i codici del tariffario considerati sono: 88.71.4, 88.74.1, 88.7411, 88.75.1, 88.76.1, 88.79.1, 92.01.3, 92.18.2, 92.18.5, 92.1861, 92.19.8 e 92.1982</b>	<b>100%</b>		x	x

viene riconosciuta una franchigia del 10% se motivata sul numero di prestazioni ambulatoriali istituzionali. La franchigia viene applicata solo se questa consente il raggiungimento al 100% dell'obiettivo. La valutazione è effettuata secondo un criterio proporzionale

**il 98,16% delle prestazioni sono prenotate a sistema. Diventa il 100% con l'applicazione della franchigia**

<b>utilizzo del sistema g2 clinico</b>	100%	<b>numero di prestazioni ambulatoriali refertate con il g2 clinico ai fini del ritorno dell'erogato</b>	<b>100%</b>		x	x
--	------	---	-------------	--	---	---

viene riconosciuta una franchigia del 10% se motivata e viene applicata solo se questa consente il raggiungimento al 100% dell'obiettivo. La valutazione è effettuata secondo un criterio proporzionale.

**il 99,98% delle prestazioni ambulatoriali è refertato con il G2 clinico. Diventa il 100% con l'applicazione della franchigia**

	% raggiungimento ob. incentivati	% valutazione
<b>Totale raggiungimento obiettivi valutati</b>	<b>99,00%</b>	<b>100,00%</b>

## Approvato dall'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance

L'obiettivo di equilibrio di bilancio, precondizione per ogni ulteriore valutazione dei risultati attesi incentivati sotto riportati del direttore di struttura complessa, risulta raggiunto (Delibera di Giunta Regione FVG n. 2025 del 31/10/14 - allegato 1)

## FUNZIONI COORDINATE

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
piena attivazione della funzionalità del dipartimento interaziendale di anatomia patologica sulla base dell'accordo interaziendale di cui alla Delibera del Direttore Generale n. 193 del 19.12.2012	evidenza dell'effettuazione di almeno 4 delle azioni previste dall'accordo interaziendale: le azioni selezionate dovranno essere comunicate alla direzione entro il mese di febbraio 2013.	evidenza dell'attuazione dell'indicatore	in linea	<input type="checkbox"/>	x	<input type="checkbox"/>

Con nota prot. A.P. 25/13 del 13.02.2013 il direttore della struttura ha comunicato le 4 azioni che verranno attivate nel 2013.

Le attività possono essere sintetizzate nelle seguenti azioni:

- attuata la ricognizione delle procedure preanalitiche in atto presso le due strutture operative ed elaborata una procedura unica condivisa;
- attuata la ricognizione delle attrezzature per tecniche speciali. Sono stati coerentemente definiti i requisiti per la partecipazione, con capitolato comune, alla gara regionale per i sistemi diagnostici di immunoistochimica;
- elaborato il documento per la regolamentazione dell'accesso e l'utilizzo delle sale settore per i riscontri autoptici su pazienti deceduti al CRO. Le autopsie sono eseguite in una sede unica indipendentemente dall'azienda nella quale è avvenuto il decesso;
- adesione alle linee guida SIAPEC per il tumore della mammella che rappresenta una delle 3 patologie di elevata frequenza.

## ATTIVITÀ

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
Attività di pianificazione strategica del dipartimento	predisposizione di un documento di mission e pianificazione strategica del dipartimento entro il mese di settembre	evidenza della predisposizione del documento	in linea	<input type="checkbox"/>	x	<input type="checkbox"/>

Il direttore di dipartimento con mail del 26.09 ha trasmesso la bozza del piano strategico dipartimentale. Con successiva nota prot. 158/DRT/13 del 04.11.2013 è stato trasmesso il documento definitivo.

Condivisione di attività di diagnostica oncoematologica fish/molecolare (SOECS) e di diagnostica molecolare dei tumori solidi (OS1, BIT e FSC)	predisposizione di un documento di riorganizzazione con definizione della distribuzione delle attività diagnostiche tra le varie strutture	evidenza della predisposizione del documento entro il 31.12.2013	in linea	<input type="checkbox"/>	x	x
--	--	--	----------	--------------------------	---	---

L'obiettivo correlato alle RAR potrà essere modificato in seguito alla sottoscrizione degli accordi RAR. L'incentivo verrà riconosciuto secondo i criteri stabiliti nell'accordo.

nota prot. 158/DRT/13 del 04.11.2013 punti 2. "Incremento dell'offerta dipartimentale di esami molecolari ad uso clinico" e punto 3. "Potenziamento attività interdipartimentale in ambito clinico-sperimentale"

## ATTIVITÀ

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
<b>Prestazioni specialistiche ambulatoriali per esterni (esclusa convenzione Policlinico) e per interni</b>	valore attività specialistica ambulatoriale per esterni e per interni	€ 231.000 valore per esterni e € 295.000 valore per interni	100,00%	50%	x	x

L'obiettivo è valutato complessivamente secondo un criterio proporzionale. Ai fini della valutazione, l'eventuale riduzione del valore per interni rispetto all'obiettivo verrà sterilizzata solo se viene dimostrato con evidenze documentali che la riduzione è conseguente ad interventi volti a migliorare l'appropriatezza delle richieste.

**Nel corso del 2013 è stata effettuata una revisione della codifica delle prestazioni che ha determinato un incremento del 30% del valore dell'attività (nota prot. 33/14 AP). Il valore al 31.12 ricalcolato neutralizzando l'effetto della revisione di codifica ammonta a € 164.825 valore per esterni e € 371.400 valore per interni.**

<b>pubblicazioni scientifiche</b>	valore impact factor normalizzato dipartimentale	valore dipartimentale: 400 IF normalizzato	100,00%	20%	x	x
-----------------------------------	--	--	---------	-----	---	---

l'obiettivo è assegnato e valutato a livello dipartimentale secondo il criterio di proporzionalità.

447

<b>variabili attività scientifica (Allegato 1)</b>	punti attività scientifica della struttura operativa	punteggio > 4	100,00%	5%	x	x
--	--	---------------	---------	----	---	---

I punteggi realizzati vengono valutati come segue:  
 un punteggio > = 4 punti = 100%  
 un punteggio < 1 punti = 0  
 il restante = 80%

punti 11

## GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
<b>certificazione e accreditamento</b>	Certificazione ISO 9001-2008: 1. estensione del manuale di qualità a tutte le strutture del dipartimento di ricerca traslazionale 2. predisposizione del manuale di qualità della struttura	<b>revisione del manuale di qualità dipartimentale e predisposizione del manuale della struttura</b>	in linea		x	x

**E' stata fatta la revisione del manuale di qualità del dipartimento e i manuali di qualità delle singole strutture operative (nota prot. 170/DRT/13 del 26.11.2013).**

<b>certificazione e accreditamento</b>	certificazione ISO 9001-2008 : rispetto delle scadenze ed esito positivo delle eventuali visite di sorveglianza	<b>rispetto degli adempimenti previsti nel 2013 ed esito positivo delle eventuali visite di sorveglianza</b>	in linea		x	x
--	---	--	----------	--	---	---

**Nel mese di ottobre 2013 si è svolta la visita di rinnovo della certificazione da parte dell'ente certificante (Bureau Veritas). La struttura ha ottenuto la certificazione con Non Conformità e/o osservazioni**

## GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
partecipazione al programma di accreditamento internazionale	L'Ente accreditante conferma l'accREDITamento internazionale per l'Istituto	conferma dell'accREDITamento internazionale (l'obiettivo si intende raggiunto anche nel caso di accREDITamento con prescrizione)	in linea	<input type="checkbox"/>	x	x

Accreditation Canada con nota del 27.03.2013 ha riconosciuto al CRO l'accREDITamento livello PLATINO con raccomandazioni alle quali è stato risposto con esito positivo.

Attività di procurement di tessuto corneale	evidenza di avvenuta valutazione dell'idoneità dei deceduti eleggibili alla donazione di cornea	la procedura è a regime	in linea	<input type="checkbox"/>	x	x
---	---	-------------------------	----------	--------------------------	---	---

La procedura è attiva.

Nel 2013 sono stati eseguiti 8 prelievi di cornea, risultati ottimali, da 4 donatori, a scopo di trapianto e valutati altri due potenziali donatori risultati non idonei.

Nel mese di giugno è stato organizzato dal Coordinatore Locale di Direzione Sanitaria per il procurement corneale, dal Centro Regionale Trapianti del FVG e dalla Fondazione Banca degli Occhi del Veneto un corso dedicato al personale sanitario coinvolto nella comunicazione e gestione del consenso sulla donazione delle cornee.

E' stato inoltre preparato un pieghevole volto a garantire una capillare informazione sulla donazione delle cornee sia all'interno che all'esterno del CRO.

## GESTIONE RISORSE UMANE E ORGANIZZAZIONE

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
gestire le ferie	100% ferie anno corrente e abbattimento ferie pregresse: per il personale con residuo ferie al 1/1/13 >8 gg: ridurre il residuo ferie al 1/1/13 di almeno il 10%; b) per il personale con residuo ferie al 1/1/13 ≤8 gg: residuo ferie al 1/1/14 ≤8 gg.	proseguire nel percorso di abbattimento del residuo ferie 233 gg	non in linea	<input type="checkbox"/>	x	x

nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso.

196 gg

gestione corretta del regolamento aziendale sull'orario di lavoro	verifica dell'assenza di recuperi a giornate intere consecutive in presenza di ferie residue	gestione corretta del regolamento	in linea	<input type="checkbox"/>	x	<input type="checkbox"/>
---	--	-----------------------------------	----------	--------------------------	---	--------------------------

E' stato concordato di valutare l'indicatore a partire dal mese di giugno. Il monitoraggio effettuato dall'ufficio personale riferito al periodo giugno-dicembre evidenzia il rispetto dell'indicatore.

piani di lavoro	i piani devono essere inviati alla direzione sanitaria entro la fine del mese precedente a quello cui la programmazione si riferisce	i piani di lavoro sono inviati regolarmente rispettando l'indicatore	100%	<input type="checkbox"/>	x	<input type="checkbox"/>
-----------------	--	--	------	--------------------------	---	--------------------------

i piani di lavoro sono sempre stati inviati nei tempi prestabiliti

## GESTIONE RISORSE UMANE E ORGANIZZAZIONE

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
valutazione dei dirigenti	le valutazioni dei dirigenti sono completate secondo le indicazioni diffuse dalle direzioni	completamento dei percorsi di valutazione dei dirigenti previsti nel 2013	in linea	<input type="text"/>	x	<input type="text"/>

### valutazione effettuata con riferimento all'anno 2012

partecipazione del personale della struttura a specifiche attività formative individuate dalle direzioni con priorità a quelle riguardanti il rispetto del codice di protezione dei dati personali	partecipazione di almeno 1 dirigente alle attività formative richieste dalle Direzioni (le attività formative verranno segnalate ad hoc)	evidenza della partecipazione	in linea	<input type="text"/>	x	x
--	--	-------------------------------	----------	----------------------	---	---

### Iniziative individuate dalle direzioni:

- incontri formativi in materia di codice di protezione dei dati personali: 5 partecipanti
- incontri formativi in materia di attuazione delle misure anticorruzione (prot. 9893/DG del 28.05): 2 partecipanti

Procedura per la formazione e valorizzazione del neoassunto, compresi i contratti atipici	monitoraggio a campione da parte della dir. san. della scheda di valutazione. Il campione deve riguardare almeno il 50% del personale inserito nel 2013 con eventuali approssimazioni per eccesso (es.: 1 =1, 3= 2)	Applicazione della procedura definita nel 2011	non valutabile	<input type="text"/>	x	<input type="text"/>
---	---	--	----------------	----------------------	---	----------------------

Nel corso del 2013 c'è stato solo un neoassunto nel mese di ottobre. L'obiettivo non è pertanto valutabile

## GOVERNO DEI TEMPI DI ATTESA

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
Monitoraggio dei tempi di refertazione per le prestazioni per interni	garantire i seguenti tempi di refertazione: ≤ 6 giorni per le piccole biopsie; ≤ 10 giorni per i prodotti chirurgici	85% dei referti rispettano i tempi di refertazione.	81,54%	25%	x	x

L'obiettivo correlato alle RAR potrà essere modificato in seguito alla sottoscrizione degli accordi RAR. L'incentivo verrà riconosciuto secondo i criteri stabiliti nell'accordo.

il 69,31% dei referti rispetta i tempi prestabiliti. Il direttore della struttura, con note prot. 44/AP del 21.05.2013, prot. 58/AP del 25.07.2013 e prot. 04/AP del 10.01.2014, ha esplicitato i motivi dell'allungamento dei tempi di refertazione con particolare riferimento al periodo marzo-dicembre.

## PROGRAMMI DI SCREENING

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
mandare a regime il percorso one day diagnosis già sperimentato a fine 2011 e trasmesso alla Direzione Centrale Salute a novembre 2012 con nota prot. 17514/S	è garantito il percorso one day diagnosis per gli approfondimenti da screening regionale dal momento dell'avvio da parte della Direzione Centrale e comunque per un numero complessivo di casi (anche non di screening) non inferiori a 50.	tutti i casi provenienti da screening reg. sono processati secondo il protoc. One day dall'avvio da parte della D.C.. Le eventuali eccezioni devono essere adeguatamente motivate. Complessivam. sarà processato un n. di casi (anche non screening) non < 50	100%		x	x

L'obiettivo correlato alle RAR potrà essere modificato in seguito alla sottoscrizione degli accordi RAR. L'incentivo verrà riconosciuto secondo i criteri stabiliti nell'accordo.

**n. 83 pazienti trattati di cui 11 nell'ambito del programma di screening regionale organizzato**

## SISTEMI INFORMATIVI

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
utilizzo del sistema di refertazione vocale	refertazione vocale attiva e utilizzata in almeno l'80%. La valutazione sarà effettuata per singolo dirigente	semplificazione delle procedure di supporto alla refertazione	64%		x	x

**51% di refertazione vocale complessiva (escuso il direttore). Un solo professionista ha una % di utilizzo del sistema di refertazione vocale superiore al target assegnato.**

## RISORSE PRODOTTI SANITARI

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
rispettare il budget assegnato per il materiale diagnostico acquistato con fondi istituzionali	importo assegnato a livello di struttura operativa	€ 650.000	100%		x	

viene riconosciuta una tolleranza del 2%

**€ 597.944**

**% raggiungimento ob. incentivati**

**% valutazione**

**Totale raggiungimento obiettivi valutati**

**95,39%**

**100,00%**

Approvato dall'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance

L'obiettivo di equilibrio di bilancio, precondizione per ogni ulteriore valutazione dei risultati attesi incentivati sotto riportati del direttore di struttura complessa, risulta raggiunto (Delibera di Giunta Regione FVG n. 2025 del 31/10/14 - allegato 1)

## ATTIVITÀ

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
Attività di ambulatori clinico sperimentali	attivazione dell'ambulatorio leucemie linfatiche croniche entro il 31.12.2013	evidenza dell'attivazione dell'ambulatorio	in linea	<input type="checkbox"/>	x	<input type="checkbox"/>
<p>Con nota prot.n. 14791/S del 21/8/2013 si è autorizzata l'attivazione dell'Ambulatorio della Leucemia Linfatica Cronica, sindromi linfoproliferative e linfocitosi a decorrere dal giorno 2 settembre 2013.</p>						
Attività di arruolamento pazienti di interesse per l'attività clinico sperimentale	numero di pazienti con prestazione codice tariffario 91.30.3	almeno 200 nuovi pazienti	100%	<input type="checkbox"/>	x	<input type="checkbox"/>
<p>I pazienti del 2013 con prestazione codice tariffario 91.30.3 sono stati 210.</p>						
Attività di pianificazione strategica del dipartimento	predisposizione di un documento di mission e pianificazione strategica del dipartimento entro il mese di settembre	evidenza della predisposizione del documento	in linea	<input type="checkbox"/>	x	<input type="checkbox"/>
<p>Il direttore di dipartimento con mail del 26.09 ha trasmesso la bozza del piano strategico dipartimentale. Con successiva nota prot. 158/DRT/13 del 04.11.2013 è stato trasmesso il documento definitivo.</p>						
Condivisione di attività di diagnostica oncoematologica fish/molecolare (SOECS) e di diagnostica molecolare dei tumori solidi (OS1, BIT e FSC)	predisposizione di un documento di riorganizzazione con definizione della distribuzione delle attività diagnostiche tra le varie strutture	evidenza della predisposizione del documento entro il 31.12.2013	in linea	<input type="checkbox"/>	x	x
<p>L'obiettivo correlato alle RAR potrà essere modificato in seguito alla sottoscrizione degli accordi RAR. L'incentivo verrà riconosciuto secondo i criteri stabiliti nell'accordo.</p>						
<p>nota prot. 158/DRT/13 del 04.11.2013 punti 2. "Incremento dell'offerta dipartimentale di esami molecolari ad uso clinico" e punto 3. "Potenziamento attività interdipartimentale in ambito clinico-sperimentale"</p>						
Prestazioni specialistiche ambulatoriali per esterni e per interni	valore attività specialistica ambulatoriale per esterni e per interni	€ 700.000 valore per esterni e € 170.000 valore per interni	100,00%	50%	x	x
<p>L'obiettivo è valutato complessivamente secondo un criterio proporzionale. Ai fini della valutazione, l'eventuale riduzione del valore per interni rispetto all'obiettivo verrà sterilizzata solo se viene dimostrato con evidenze documentali che la riduzione è conseguente ad interventi volti a migliorare l'appropriatezza delle richieste.</p>						
<p>€ 711.475 valore per esterni e € 170.556 valore per interni</p>						
pubblicazioni scientifiche	valore impact factor normalizzato dipartimentale	valore dipartimentale: 400 IF normalizzato	100,00%	30%	x	x

l'obiettivo è assegnato e valutato a livello dipartimentale secondo il criterio di proporzionalità.

## ATTIVITÀ

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
<b>variabili attività scientifica (Allegato 1)</b>	punti attività scientifica della struttura operativa	<b>punteggio &gt; 4</b>	<b>100,00%</b>	<b>5%</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*I punteggi realizzati vengono valutati come segue:  
 un punteggio >= 4 punti = 100%  
 un punteggio < 4 punti = 0  
 il restante = 80%*

**punti 17,6**

<b>Funzionamento a regime della core facility citofluorimetria</b>	tutte le procedure diagnostiche con tecnica citofluorimetrica sono eseguite con risorse centralizzate (tecnologie e personale) a partire dall'installazione delle nuove tecnologie in oeacs	<b>rispetto del programma di funzionamento secondo quanto prospettato nel piano di fattibilità approvato dalla Direzione</b>	<b>100,00%</b>	<b>15%</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	---	--	----------------	------------	--------------------------	--------------------------

**la centralizzazione di strumentazione, attività e personale è avvenuta con la completa partecipazione del personale SOECS e MIV nell'ambito della piattaforma/core facility di citofluorimetria per l'esecuzione centralizzata dei test afferenti a SOECS (eseguiti da personale SOECS) e MIV (eseguiti da personale MIV) (nota prot. 686/SOECS del 01.07.2014)**

## GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
<b>certificazione e accreditamento</b>	Certificazione ISO 9001-2008: 1. estensione del manuale di qualità a tutte le strutture del dipartimento di ricerca traslazionale 2. predisposizione del manuale di qualità della struttura	<b>revisione del manuale di qualità dipartimentale e predisposizione del manuale della struttura</b>	<b>in linea</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**E' stata fatta la revisione del manuale di qualità del dipartimento e i manuali di qualità delle singole strutture operative (nota prot. 170/DRT/13 del 26.11.2013).**

<b>certificazione e accreditamento</b>	certificazione ISO 9001-2008 : rispetto delle scadenze ed esito positivo delle eventuali visite di sorveglianza	<b>rispetto degli adempimenti previsti nel 2013 ed esito positivo delle eventuali visite di sorveglianza</b>	<b>in linea</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	---	--	-----------------	--	--------------------------	--------------------------

**Nel mese di ottobre 2013 si è svolta la visita di rinnovo della certificazione da parte dell'ente certificante (Bureau Veritas). La struttura ha ottenuto la certificazione con Non Conformità e/o osservazioni**

<b>partecipazione al programma di accreditamento internazionale</b>	L'Ente accreditante conferma l'accREDITamento internazionale per l'Istituto	<b>conferma dell'accREDITamento internazionale (l'obiettivo si intende raggiunto anche nel caso di accREDITamento con prescrizione)</b>	<b>in linea</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	---	---	-----------------	--	--------------------------	--------------------------

**Accreditation Canada con nota del 27.03.2013 ha riconosciuto al CRO l'accREDITamento livello PLATINO con raccomandazioni alle quali è stato risposto con esito positivo.**

# GESTIONE RISORSE UMANE E ORGANIZZAZIONE

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione retr. risultato	Valutazione		
				respons.	individ.	
<b>gestire le ferie</b>	100% ferie anno corrente e abbattimento ferie pregresse: per il personale con residuo ferie al 1/1/13 >8 gg: ridurre il residuo ferie al 1/1/13 di almeno il 10%; b) per il personale con residuo ferie al 1/1/13 ≤8 gg: residuo ferie al 1/1/14 ≤8 gg.	<b>perseguire nel percorso di abbattimento del residuo ferie</b> 141 gg	<b>non in linea</b>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<p><i>nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso.</i></p>						
129 gg						
<b>gestione corretta del regolamento aziendale sull'orario di lavoro</b>	verifica dell'assenza di recuperi a giornate intere consecutive in presenza di ferie residue	<b>gestione corretta del regolamento</b>	<b>in linea</b>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p><b>E' stato concordato di valutare l'indicatore a partire dal mese di giugno. Il monitoraggio effettuato dall'ufficio personale riferito al periodo giugno-dicembre evidenzia il rispetto dell'indicatore.</b></p>						
<b>piani di lavoro</b>	i piani devono essere inviati alla direzione sanitaria entro la fine del mese precedente a quello cui la programmazione si riferisce	<b>i piani di lavoro sono inviati regolarmente rispettando l'indicatore</b>	<b>100%</b>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p><b>i piani di lavoro sono sempre stati inviati nei tempi prestabiliti</b></p>						
<b>valutazione dei dirigenti</b>	le valutazioni dei dirigenti sono completate secondo le indicazioni diffuse dalle direzioni	<b>completamento dei percorsi di valutazione dei dirigenti previsti nel 2013</b>	<b>in linea</b>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p><b>valutazione effettuata con riferimento all'anno 2012</b></p>						
<b>partecipazione del personale della struttura a specifiche attività formative individuate dalle direzioni con priorità a quelle riguardanti il rispetto del codice di protezione dei dati personali</b>	partecipazione di almeno 1 dirigente alle attività formative richieste dalle Direzioni (le attività formative verranno segnalate ad hoc)	<b>evidenza della partecipazione</b>	<b>in linea</b>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<p><b>Iniziative individuate dalle direzioni:</b>  <b>- incontri formativi in materia di codice di protezione dei dati personali: 1 partecipante</b>  <b>- incontri formativi in materia di attuazione delle misure anticorruzione (prot. 9893/DG del 28.05): 1 partecipante</b></p>						
<b>Procedura per la formazione e valorizzazione del neoassunto, compresi i contratti atipici</b>	monitoraggio a campione da parte della dir. san. della scheda di valutazione. Il campione deve riguardare almeno il 50% del personale inserito nel 2013 con eventuali approssimazioni per eccesso (es.: 1 =1, 3= 2)	<b>Applicazione della procedura definita nel 2011</b>	<b>non valutabile</b>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p><b>Non ci sono stati neoassunti</b></p>						

# RISORSE PRODOTTI SANITARI

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
rispettare il budget assegnato per il materiale diagnostico acquistato con fondi istituzionali	importo assegnato a livello di struttura operativa	€ 250.000	100%		x	

viene riconosciuta una tolleranza del 2%

€ 179.191

% raggiungimento ob. incentivati

% valutazione

Totale raggiungimento obiettivi valutati

100,00%

100,00%

Approvato dall'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance

L'obiettivo di equilibrio di bilancio, precondizione per ogni ulteriore valutazione dei risultati attesi incentivati sotto riportati del direttore di struttura complessa, risulta raggiunto (Delibera di Giunta Regione FVG n. 2025 del 31/10/14 - allegato 1)

## ATTIVITÀ

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
<b>Attività di pianificazione strategica del dipartimento</b>	predisposizione di un documento di mission e pianificazione strategica del dipartimento entro il mese di settembre	<b>evidenza della predisposizione del documento</b>	<b>in linea</b>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p><b>Il direttore di dipartimento con mail del 26.09 ha trasmesso la bozza del piano strategico dipartimentale. Con successiva nota prot. 158/DRT/13 del 04.11.2013 è stato trasmesso il documento definitivo.</b></p>						
<b>Prestazioni specialistiche ambulatoriali per esterni e per interni</b>	valore attività specialistica ambulatoriale per esterni e per interni	<b>€ 397.000 valore per esterni e € 308.000 valore per interni</b>	<b>100,00%</b>	<b>50%</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<p>L'obiettivo è valutato complessivamente secondo un criterio proporzionale. Ai fini della valutazione, l'eventuale riduzione del valore per interni rispetto all'obiettivo verrà sterilizzata solo se viene dimostrato con evidenze documentali che la riduzione è conseguente ad interventi volti a migliorare l'appropriatezza delle richieste.</p>						
<p><b>€ 458.158 valore per esterni e € 322.687 valore per interni</b></p>						
<b>pubblicazioni scientifiche</b>	valore impact factor normalizzato dipartimentale	<b>valore dipartimentale: 400 IF normalizzato</b>	<b>100,00%</b>	<b>20%</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<p>L'obiettivo è assegnato e valutato a livello dipartimentale secondo il criterio di proporzionalità.</p>						
<p><b>447</b></p>						
<b>variabili attività scientifica (Allegato 1)</b>	punti attività scientifica della struttura operativa	<b>punteggio &gt; 4</b>	<b>100,00%</b>	<b>5%</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<p>L'punteggi realizzati vengono valutati come segue:  un punteggio &gt;= 4 punti = 100%  un punteggio &lt; 1 punti = 0  il restante = 80%</p>						
<p><b>punti 4</b></p>						
<b>sorveglianza microbiologica sulla ristorazione secondo il manuale HACCP adottato dall'Istituto</b>	evidenza dei controlli periodici (monitoraggio della direzione sanitaria)	<b>rispetto dell'indicatore</b>	<b>100,00%</b>	<b>25%</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Il piano di autocontrollo prevede campioni sia sull'attrezzatura/strumenti sia sugli alimenti. Sono stati eseguiti i controlli calendarizzati nel piano di autocontrollo per attrezzatura/utensileria mentre mancano i campioni sugli alimenti. Il direttore della Struttura con nota prot. 149/MIV del 30.10.2013 ha riportato i motivi per i quali la struttura di microbiologia non può effettuare i controlli sugli alimenti. Il monitoraggio della direzione sanitaria evidenzia l'effettuazione dei controlli con cadenza mensile (15/01, 19/02, 26/03, 16/04, 22/05, 17/06, 15/07, 16/07, 12/08, 10/09, 14/10, 18/11, 16/12).**

## ATTIVITÀ

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
<b>Funzionamento a regime della core facility citofluorimetria</b>	tutte le procedure diagnostiche con tecnica citofluorimetrica sono eseguite con risorse centralizzate (tecnologie e personale) a partire dall'installazione delle nuove tecnologie in oecs	<b>rispetto del programma di funzionamento secondo quanto prospettato nel piano di fattibilità approvato dalla Direzione</b>	<b>in linea</b>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

L'obiettivo correlato alle RAR potrà essere modificato in seguito alla sottoscrizione degli accordi RAR. L'incentivo verrà riconosciuto secondo i criteri stabiliti nell'accordo.

la centralizzazione di strumentazione, attività e personale è avvenuta con la completa partecipazione del personale SOECS e MIV nell'ambito della piattaforma/core facility di citofluorimetria per l'esecuzione centralizzata dei test afferenti a SOECS (eseguiti da personale SOECS) e MIV (eseguiti da personale MIV). (nota prot. 686/SOECS del 01.07.2014)

## GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
<b>certificazione e accreditamento</b>	Certificazione ISO 9001-2008: 1. estensione del manuale di qualità a tutte le strutture del dipartimento di ricerca traslazionale 2. predisposizione del manuale di qualità della struttura	<b>revisione del manuale di qualità dipartimentale e predisposizione del manuale della struttura</b>	<b>in linea</b>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

E' stata fatta la revisione del manuale di qualità del dipartimento e i manuali di qualità delle singole strutture operative (nota prot. 170/DRT/13 del 26.11.2013).

<b>certificazione e accreditamento</b>	certificazione ISO 9001-2008 : rispetto delle scadenze ed esito positivo delle eventuali visite di sorveglianza	<b>rispetto degli adempimenti previsti nel 2013 ed esito positivo delle eventuali visite di sorveglianza</b>	<b>in linea</b>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
--	---	--	-----------------	--------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

Nel mese di ottobre 2013 si è svolta la visita di rinnovo della certificazione da parte dell'ente certificante (Bureau Veritas). La struttura ha ottenuto la certificazione con Non Conformità e/o osservazioni

<b>partecipazione al programma di accreditamento internazionale</b>	L'Ente accreditante conferma l'accREDITamento internazionale per l'Istituto	<b>conferma dell'accREDITamento internazionale (l'obiettivo si intende raggiunto anche nel caso di accREDITamento con prescrizione)</b>	<b>in linea</b>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
---	---	---	-----------------	--------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

Accreditation Canada con nota del 27.03.2013 ha riconosciuto al CRO l'accREDITamento livello PLATINO con raccomandazioni alle quali è stato risposto con esito positivo.

# GESTIONE RISORSE UMANE E ORGANIZZAZIONE

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione retr. risultato	Valutazione		
				respons.	individ.	
<b>gestire le ferie</b>	100% ferie anno corrente e abbattimento ferie pregresse: per il personale con residuo ferie al 1/1/13 >8 gg: ridurre il residuo ferie al 1/1/13 di almeno il 10%; b) per il personale con residuo ferie al 1/1/13 ≤8 gg: residuo ferie al 1/1/14 ≤8 gg.	<b>perseguire nel percorso di abbattimento del residuo ferie</b> 156 gg	<b>non in linea</b>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<p><i>nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso.</i></p>						
119 gg						
<b>gestione corretta del regolamento aziendale sull'orario di lavoro</b>	verifica dell'assenza di recuperi a giornate intere consecutive in presenza di ferie residue	<b>gestione corretta del regolamento</b>	<b>in linea</b>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p><b>E' stato concordato di valutare l'indicatore a partire dal mese di giugno. Il monitoraggio effettuato dall'ufficio personale riferito al periodo giugno-dicembre evidenzia il rispetto dell'indicatore.</b></p>						
<b>piani di lavoro</b>	i piani devono essere inviati alla direzione sanitaria entro la fine del mese precedente a quello cui la programmazione si riferisce	<b>i piani di lavoro sono inviati regolarmente rispettando l'indicatore</b>	<b>100%</b>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p><b>i piani di lavoro sono sempre stati inviati nei tempi prestabiliti</b></p>						
<b>valutazione dei dirigenti</b>	le valutazioni dei dirigenti sono completate secondo le indicazioni diffuse dalle direzioni	<b>completamento dei percorsi di valutazione dei dirigenti previsti nel 2013</b>	<b>in linea</b>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p><b>valutazione effettuata con riferimento all'anno 2012</b></p>						
<b>partecipazione del personale della struttura a specifiche attività formative individuate dalle direzioni con priorità a quelle riguardanti il rispetto del codice di protezione dei dati personali</b>	partecipazione di almeno 1 dirigente alle attività formative richieste dalle Direzioni (le attività formative verranno segnalate ad hoc)	<b>evidenza della partecipazione</b>	<b>in linea</b>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<p><b>Iniziativa individuate dalle direzioni:</b>  <b>- incontri formativi in materia di codice di protezione dei dati personali: 4 partecipanti</b>  <b>- incontri formativi in materia di attuazione delle misure anticorruzione (prot. 9893/DG del 28.05): 1 partecipante</b></p>						
<b>Procedura per la formazione e valorizzazione del neoassunto, compresi i contratti atipici</b>	monitoraggio a campione da parte della dir. san. della scheda di valutazione. Il campione deve riguardare almeno il 50% del personale inserito nel 2013 con eventuali approssimazioni per eccesso (es.: 1 =1, 3= 2)	<b>Applicazione della procedura definita nel 2011</b>	<b>non valutabile</b>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p><b>Non ci sono stati neoassunti</b></p>						

# RISORSE PRODOTTI SANITARI

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
rispettare il budget assegnato per il materiale diagnostico acquistato con fondi istituzionali	importo assegnato a livello di struttura operativa	€ 477.000	86,77%		x	

viene riconosciuta una tolleranza del 2%

€ 550.887. Riconoscendo la tolleranza del 2% il grado di raggiungimento è dell'86,77%

	% raggiungimento ob. incentivati	% valutazione
Totale raggiungimento obiettivi valutati	100,00%	100,00%

Approvato dall'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance

ATTIVITÀ

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.

Attività di ambulatori  
clinico sperimentali

attivazione dell'ambulatorio leucemie  
linfatiche croniche entro il 31.12.2013

evidenza  
dell'attivazione  
dell'ambulatorio

in linea

x

Con nota prot.n. 14791/S del 21/8/2013 si è autorizzata l'attivazione dell'Ambulatorio della Leucemia Linfatica Cronica, sindromi linfoproliferative e linfocitosi a decorrere dal giorno 2 settembre 2013.

Attività di pianificazione  
strategica del dipartimento

predisposizione di un documento di  
mission e pianificazione strategica del  
dipartimento entro il mese di settembre

evidenza della  
predisposizione del  
documento

in linea

x

L'obiettivo correlato alle RAR potrà essere modificato in seguito alla sottoscrizione degli accordi RAR. L'incentivo verrà riconosciuto secondo i criteri stabiliti nell'accordo.

Il direttore di dipartimento con mail del 26.09 ha trasmesso la bozza del piano strategico dipartimentale. Con successiva nota prot. 158/DRT/13 del 04.11.2013 è stato trasmesso il documento definitivo.

Prestazioni specialistiche  
ambulatoriali per esterni e  
per interni

valore attività ambulatoriale per esterni e  
per interni

€ 1.105.000 valore  
per esterni e €  
1.320.000 valore per  
interni

99,52%

50%

x

L'obiettivo è valutato complessivamente secondo un criterio proporzionale. Ai fini della valutazione, l'eventuale riduzione del valore per interni rispetto all'obiettivo verrà sterilizzata solo se viene dimostrato con evidenze documentali che la riduzione è conseguente ad interventi volti a migliorare l'appropriatezza delle richieste.

€ 1.025.415 valore per esterni e € 1.387.967 valore per interni

pubblicazioni scientifiche

valore impact factor normalizzato  
dipartimentale

valore dipartimentale:  
400 IF normalizzato

100,00%

20%

x

L'obiettivo è assegnato e valutato a livello dipartimentale secondo il criterio di proporzionalità.

447

variabili attività scientifica  
(Allegato 1)

punti attività scientifica della struttura  
operativa

punteggio > 4

80,00%

5%

x

I punteggi realizzati vengono valutati come segue:  
un punteggio >= 4 punti = 100%  
un punteggio < 1 punti = 0  
il restante = 80%

punti 2,5

## GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
certificazione e accreditamento	Certificazione ISO 9001-2008: 1. estensione del manuale di qualità a tutte le strutture del dipartimento di ricerca traslazionale 2. predisposizione del manuale di qualità della struttura	revisione del manuale di qualità dipartimentale e predisposizione del manuale della struttura	in linea	<input type="checkbox"/>	x	x

**E' stata fatta la revisione del manuale di qualità del dipartimento e i manuali di qualità delle singole strutture operative (nota prot. 170/DRT/13 del 26.11.2013).**

certificazione e accreditamento	certificazione ISO 9001-2008 : rispetto delle scadenze ed esito positivo delle eventuali visite di sorveglianza	rispetto degli adempimenti previsti nel 2013 ed esito positivo delle eventuali visite di sorveglianza	in linea	<input type="checkbox"/>	x	x
---------------------------------	---	---	----------	--------------------------	---	---

**Nel mese di ottobre 2013 si è svolta la visita di rinnovo della certificazione da parte dell'ente certificante (Bureau Veritas). La struttura ha ottenuto la certificazione con Non Conformità e/o osservazioni**

partecipazione al programma di accreditamento internazionale	L'Ente accreditante conferma l'accREDITamento internazionale per l'Istituto	conferma dell'accREDITamento internazionale (l'obiettivo si intende raggiunto anche nel caso di accREDITamento con prescrizione)	in linea	<input type="checkbox"/>	x	x
--	---	--	----------	--------------------------	---	---

**Accreditation Canada con nota del 27.03.2013 ha riconosciuto al CRO l'accREDITamento livello PLATINO con raccomandazioni alle quali è stato risposto con esito positivo.**

## GESTIONE RISORSE UMANE E ORGANIZZAZIONE

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
gestire le ferie	100% ferie anno corrente e abbattimento ferie pregresse: per il personale con residuo ferie al 1/1/13 >8 gg: ridurre il residuo ferie al 1/1/13 di almeno il 10%; b) per il personale con residuo ferie al 1/1/13 ≤8 gg: residuo ferie al 1/1/14 ≤8 gg.	perseguire nel percorso di abbattimento del residuo ferie 138	non in linea	<input type="checkbox"/>	x	x

*nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso.*

**118 gg. Tenendo conto delle lunghe assenze le giornate di ferie ricalcolate diventano 130.**

gestione corretta del regolamento aziendale sull'orario di lavoro	verifica dell'assenza di recuperi a giornate intere consecutive in presenza di ferie residue	gestione corretta del regolamento	in linea	<input type="checkbox"/>	x	<input type="checkbox"/>
---	--	-----------------------------------	----------	--------------------------	---	--------------------------

**E' stato concordato di valutare l'indicatore a partire dal mese di giugno. Il monitoraggio effettuato dall'ufficio personale riferito al periodo giugno-dicembre evidenzia il rispetto dell'indicatore.**

## GESTIONE RISORSE UMANE E ORGANIZZAZIONE

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
piani di lavoro	i piani devono essere inviati alla direzione sanitaria entro la fine del mese precedente a quello cui la programmazione si riferisce	i piani di lavoro sono inviati regolarmente rispettando l'indicatore	66,7%		x	

**i piani di lavoro sono stati inviati nei tempi prestabiliti nei mesi Gennaio-Giugno, Agosto e Novembre; sono pervenuti oltre i termini i piani di lavoro relativi al mese di luglio, settembre-ottobre e dicembre**

valutazione dei dirigenti	le valutazioni dei dirigenti sono completate secondo le indicazioni diffuse dalle direzioni	completamento dei percorsi di valutazione dei dirigenti previsti nel 2013	in linea		x	
---------------------------	---	---	----------	--	---	--

**valutazione effettuata con riferimento all'anno 2012**

partecipazione del personale della struttura a specifiche attività formative individuate dalle direzioni con priorità a quelle riguardanti il rispetto del codice di protezione dei dati personali	partecipazione di almeno 1 dirigente alle attività formative richieste dalle Direzioni (le attività formative verranno segnalate ad hoc)	evidenza della partecipazione	in linea		x	x
--	--	-------------------------------	----------	--	---	---

**Iniziativa individuate dalle direzioni:**

- incontri formativi in materia di codice di protezione dei dati personali: 3 partecipanti
- incontri formativi in materia di attuazione delle misure anticorruzione (prot. 9893/DG del 28.05): 1 partecipante

Procedura per la formazione e valorizzazione del neoassunto, compresi i contratti atipici	monitoraggio a campione da parte della dir. san. della scheda di valutazione. Il campione deve riguardare almeno il 50% del personale inserito nel 2013 con eventuali approssimazioni per eccesso (es.: 1=1, 3= 2)	Applicazione della procedura definita nel 2011	non valutabile		x	
---	--	--	----------------	--	---	--

**Non ci sono stati neoassunti**

## SISTEMI INFORMATIVI

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
ridefinizione dell'anagrafe delle prestazioni specifiche della struttura anche in relazione al coordinamento delle funzioni dei laboratori di AV	1. parametrizzazione del sistema G3 2. entro il primo semestre 2013 tutte le prestazioni sono registrate in cup-web secondo la nuova parametrizzazione	evidenza documentale degli indicatori	100,00%	25%	x	

**1. 2. la parametrizzazione è stata effettuata secondo i nuovi accordi con l'Azienda Ospedaliera di Pordenone che prevedono che tutte le prestazioni, inizialmente trasferite all'azienda ospedaliera di Pordenone, rimangono in capo al CRO. Per questo motivo è stata creata in G3 una nuova struttura "Patologia Clinica Oncologica" diversa dalla Patologia Oncologica alla quale sono stati associati tutti gli esami che verranno trasferiti ad AOSMA secondo le indicazioni che saranno contenute nell'accordo definitivo.**

# RISORSE PRODOTTI SANITARI

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
rispettare il budget assegnato per il materiale diagnostico acquistato con fondi istituzionali	importo assegnato a livello di struttura operativa	€ 900.000	99,32%		x	

viene riconosciuta una tolleranza del 2%

€ 924.230. Riconoscendo la tolleranza del 2% il grado di raggiungimento è del 99,32%

	% raggiungimento ob. incentivati	% valutazione
Totale raggiungimento obiettivi valutati	98,76%	100,00%

**FUNZIONI COORDINATE**

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
<p><b>piena attivazione della funzionalità del dipartimento interaziendale di medicina trasfusionale sulla base dell'accordo interaziendale di cui alla Delibera del Direttore Generale n. 147 del 14.12.2012</b></p>	<p>1. entro il primo semestre 2013 sono definiti i meccanismi operativi per garantire la continuità della funzione trasfusionale al CRO come da delibera n. 147/2012 2. entro marzo 2013 sono ridefinite le modalità di registrazione delle attività connesse alla funzione trasfusionale e alla raccolta/trattamento di cellule staminali per le terapie cellulari, in coerenza con le esigenze del programma di accreditamento JACIE 3. numero di procedure correlate all'attività trapianti (almeno 36) 4. formalizzare un piano di gestione dei flussi riguardanti le cellule staminali coerente con la normativa vigente con eventuale individuazione di software gestionale ad hoc</p>	<p><b>- il dipartimento interaziendale di medicina trasfusionale funziona a regime - le funzioni legate al trattamento delle cellule staminali sono gestite in autonomia pur essendo integrate in ambito dipartimentale interaziendale</b></p>	100,00%	25%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1. La funzione trasfusionale (non legata alle cellule staminali) è stata trasferita come da delibera n.147/2012 la cui operatività è stata garantita già da gennaio 2013 dal personale del comparto del CRO per l'ordinaria attività di raccolta. Il personale medico del CRO garantisce il supporto della pronta disponibilità. Il CRO ha quindi garantito la continuità del servizio anche in assenza degli accordi tra CRO ed AOSMA intervenuti, a termine di una lunga contrattazione, nella primavera del 2014.

2. Le attività connesse alla funzione trasfusionale e non trasferite ad AOSMA (Cellule Staminali) sono di competenza CRO e in quanto tali è stata attuata gara per l'acquisizione di un sistema gestionale ad hoc. La ditta vincitrice nell'agosto 2013 è stata la "Hemasoft" con il prodotto e-Delphyn. La visita ispettiva congiunta JACIE/CNT/CNS è avvenuta in settembre 2013. La certificazione CNS/CNT è stata acquisita in gennaio 2014 e l'accreditamento JACIE in aprile 2014.

3. n. 30 trapianti in linea con l'obiettivo della struttura di alte dosi

4. Le procedure di gara per il gestionale delle cellule staminali sono terminate ad agosto 2013. Il software gestionale e-Delphyn ha cominciato la parametrizzazione in ottobre 2013. L'entrata in servizio definitiva è prevista per settembre 2014  
(vedi mail del Responsabile del 30/6/14 prot.n.10203/CG)

**ATTIVITÀ**

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
<p><b>Attività di pianificazione strategica del dipartimento</b></p>	<p>predisposizione di un documento di mission e pianificazione strategica del dipartimento entro il mese di settembre</p>	<p><b>evidenza della predisposizione del documento</b></p>	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

L'obiettivo correlato alle RAR potrà essere modificato in seguito alla sottoscrizione degli accordi RAR. L'incentivo verrà riconosciuto secondo i criteri stabiliti nell'accordo.

**Il direttore di dipartimento con mail del 26.09 ha trasmesso la bozza del piano strategico dipartimentale. Con successiva nota prot. 158/DRT/13 del 04.11.2013 è stato trasmesso il documento definitivo.**

## ATTIVITÀ

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
attuazione dell'accordo di collaborazione con la Cell Factory dell'Azienda Ospedaliera Universitaria San Gerardo di Monza	evidenza di partecipazione ad eventi comuni riguardanti progetti di ricerca ed eventualmente di assistenza con il partner istituzionale individuato.	evidenza dell'attuazione dell'indicatore	100,00%	30%	x	

Con delibera n. 111 del 21.06.2013 è stata approvata la convenzione con Azienda Ospedaliera San Gerardo di Monza per collaborazione interaziendale per lo sviluppo di ricerca e di trasferimento clinico nel campo delle terapie avanzate.

Eventi realizzati nel 2013:

- 1)  Meeting AIL su terapie cellulari del 21 giugno 2013
- 2)  21 ottobre 2013, Incontro con il Dr. Gaipa "Organizzazione di una "cell-factory": esperienza del Laboratorio di Terapia Cellulare "Stefano Verri" di Monza"
- 3)  Addestramento personale tecnico novembre-dicembre 2013

pubblicazioni scientifiche	valore impact factor normalizzato dipartimentale	valore dipartimentale: 400 IF normalizzato	100,00%	20%	x	x
----------------------------	--	--	---------	-----	---	---

*l'obiettivo è assegnato e valutato a livello dipartimentale secondo il criterio di proporzionalità.*

447

variabili attività scientifica (Allegato 1)	punti attività scientifica della struttura operativa	punteggio > 4	100,00%	5%	x	x
---	--	---------------	---------	----	---	---

*I punteggi realizzati vengono valutati come segue:  
 un punteggio > = 4 punti = 100%  
 un punteggio < 1 punti = 0  
 il restante = 80%*

punti 7,9

## GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
certificazione e accreditamento	è conseguito l'accreditamento internazionale secondo lo standard JACIE (l'obiettivo si intende raggiunto anche nel caso di accreditamento con prescrizione)	accreditamento internazionale jacie	100,00%	20%	x	x

Nel mese di settembre 2013 si è svolta la visita di accreditamento da parte di JACIE e CNT/CNS. L'esito è stato positivo con alcune osservazioni alle quali dare risposta entro 4 mesi.

certificazione e accreditamento	Certificazione ISO 9001-2008: 1. estensione del manuale di qualità a tutte le strutture del dipartimento di ricerca traslazionale 2. predisposizione del manuale di qualità della struttura	revisione del manuale di qualità dipartimentale e predisposizione del manuale della struttura	in linea		x	x
---------------------------------	---	---	----------	--	---	---

E' stata fatta la revisione del manuale di qualità del dipartimento e i manuali di qualità delle singole strutture operative (nota prot. 170/DRT/13 del 26.11.2013).

## GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
certificazione e accreditamento	certificazione ISO 9001-2008 : rispetto delle scadenze ed esito positivo delle eventuali visite di sorveglianza	rispetto degli adempimenti previsti nel 2013 ed esito positivo delle eventuali visite di sorveglianza	in linea	<input type="checkbox"/>	x	x

Nel mese di ottobre 2013 si è svolta la visita di rinnovo della certificazione da parte dell'ente certificante (Bureau Veritas). La struttura ha ottenuto la certificazione con Non Conformità e/o osservazioni

partecipazione al programma di accreditamento internazionale	L'Ente accreditante conferma l'accREDITamento internazionale per l'Istituto	conferma dell'accREDITamento internazionale (l'obiettivo si intende raggiunto anche nel caso di accREDITamento con prescrizione)	in linea	<input type="checkbox"/>	x	x
--	---	--	----------	--------------------------	---	---

Accreditation Canada con nota del 27.03.2013 ha riconosciuto al CRO l'accREDITamento livello PLATINO con raccomandazioni alle quali è stato risposto con esito positivo.

## GESTIONE RISORSE UMANE E ORGANIZZAZIONE

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
gestire le ferie	100% ferie anno corrente e abbattimento ferie pregresse: per il personale con residuo ferie al 1/1/13 >8 gg: ridurre il residuo ferie al 1/1/13 di almeno il 10%; b) per il personale con residuo ferie al 1/1/13 ≤8 gg: residuo ferie al 1/1/14 ≤8 gg.	proseguire nel percorso di abbattimento del residuo ferie 74 gg	non in linea	<input type="checkbox"/>	x	x

nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso.

63 gg

gestione corretta del regolamento aziendale sull'orario di lavoro	verifica dell'assenza di recuperi a giornate intere consecutive in presenza di ferie residue	gestione corretta del regolamento	in linea	<input type="checkbox"/>	x	<input type="checkbox"/>
---	--	-----------------------------------	----------	--------------------------	---	--------------------------

E' stato concordato di valutare l'indicatore a partire dal mese di giugno. Il monitoraggio effettuato dall'ufficio personale riferito al periodo giugno-dicembre evidenzia il rispetto dell'indicatore.

piani di lavoro	i piani devono essere inviati alla direzione sanitaria entro la fine del mese precedente a quello cui la programmazione si riferisce	i piani di lavoro sono inviati regolarmente rispettando l'indicatore	16,7%	<input type="checkbox"/>	x	<input type="checkbox"/>
-----------------	--	--	-------	--------------------------	---	--------------------------

i piani di lavoro sono stati inviati nei tempi prestabiliti solo nei mesi Gennaio e Febbraio; sono pervenuti oltre i termini i piani di lavoro relativi ai mesi di marzo-dicembre

# GESTIONE RISORSE UMANE E ORGANIZZAZIONE

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
valutazione dei dirigenti	le valutazioni dei dirigenti sono completate secondo le indicazioni diffuse dalle direzioni	completamento dei percorsi di valutazione dei dirigenti previsti nel 2013	in linea	<input type="checkbox"/>	x	<input type="checkbox"/>

## valutazione effettuata con riferimento all'anno 2012

partecipazione del personale della struttura a specifiche attività formative individuate dalle direzioni con priorità a quelle riguardanti il rispetto del codice di protezione dei dati personali	partecipazione di almeno 1 dirigente alle attività formative richieste dalle Direzioni (le attività formative verranno segnalate ad hoc)	evidenza della partecipazione	in linea	<input type="checkbox"/>	x	x
--	--	-------------------------------	----------	--------------------------	---	---

### Iniziativa individuata dalle direzioni:

- incontri formativi in materia di codice di protezione dei dati personali: 2 partecipanti
- incontri formativi in materia di attuazione delle misure anticorruzione (prot. 9893/DG del 28.05): 2 partecipanti

Procedura per la formazione e valorizzazione del neoassunto, compresi i contratti atipici	monitoraggio a campione da parte della dir. san. della scheda di valutazione. Il campione deve riguardare almeno il 50% del personale inserito nel 2013 con eventuali approssimazioni per eccesso (es.: 1 =1, 3= 2)	Applicazione della procedura definita nel 2011	non valutabile	<input type="checkbox"/>	x	<input type="checkbox"/>
---	---	--	----------------	--------------------------	---	--------------------------

## Nel corso del 2013 c'è stato solo un neoassunto ancora in addestramento. Obiettivo non valutabile

	% raggiungimento ob. incentivati	% valutazione
Totale raggiungimento obiettivi valutati	100,00%	100,00%

**ATTIVITÀ**

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
<b>Attività di pianificazione strategica del dipartimento</b>	predisposizione di un documento di mission e pianificazione strategica del dipartimento entro il mese di settembre	<b>evidenza della predisposizione del documento</b>	<b>in linea</b>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p><b>Il direttore di dipartimento con mail del 26.09 ha trasmesso la bozza del piano strategico dipartimentale. Con successiva nota prot. 158/DRT/13 del 04.11.2013 è stato trasmesso il documento definitivo.</b></p>						
<b>Condivisione di attività di diagnostica oncoematologica fish/molecolare (SOECS) e di diagnostica molecolare dei tumori solidi (OS1, BIT e FSC)</b>	predisposizione di un documento di riorganizzazione con definizione della distribuzione delle attività diagnostiche tra le varie strutture	<b>evidenza della predisposizione del documento entro il 31.12.2013</b>	<b>in linea</b>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<p><i>L'obiettivo correlato alle RAR potrà essere modificato in seguito alla sottoscrizione degli accordi RAR. L'incentivo verrà riconosciuto secondo i criteri stabiliti nell'accordo.</i></p> <p><b>nota prot. 158/DRT/13 del 04.11.2013 punti 2. "Incremento dell'offerta dipartimentale di esami molecolari ad uso clinico" e punto 3. "Potenziamento attività interdipartimentale in ambito clinico-sperimentale"</b></p>						
<b>pubblicazioni scientifiche</b>	valore impact factor normalizzato dipartimentale	<b>valore dipartimentale: 400 IF normalizzato</b>	<b>100,00%</b>	<b>75%</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<p><i>l'obiettivo è assegnato e valutato a livello dipartimentale secondo il criterio di proporzionalità.</i></p> <p><b>447</b></p>						
<b>variabili attività scientifica (Allegato 1)</b>	punti attività scientifica della struttura operativa	<b>punteggio &gt; 4</b>	<b>100,00%</b>	<b>15%</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<p><i>I punteggi realizzati vengono valutati come segue: un punteggio &gt; = 4 punti = 100% un punteggio &lt; 1 punti = 0 il restante = 80%</i></p> <p><b>punti 11,8</b></p>						
<b>inserimento a sistema dell'offerta diagnostica</b>	1. avvio del sistema di refertazione DN_LAB per i test di laboratorio della struttura entro il 31 dicembre 2013	<b>completamento del percorso organizzativo per le prestazioni concordate con le direzioni già avviato nel 2012</b>	<b>in linea</b>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p><b>Entro il 31.12.2013 sono stati terminati i percorsi informatici di inserimento dell'offerta diagnostica sia nel sistema di laboratorio (DNLAB) che nel sistema di firma elettronica. Il sistema è stato avviato entro il 31.12.</b></p>						

## GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione	Valutazione		
			retr. risultato	respons.	individ.	
certificazione e accreditamento	Certificazione ISO 9001-2008: 1. estensione del manuale di qualità a tutte le strutture del dipartimento di ricerca traslazionale 2. predisposizione del manuale di qualità della struttura	revisione del manuale di qualità dipartimentale e predisposizione del manuale della struttura	in linea	<input type="checkbox"/>	x	x

**E' stata fatta la revisione del manuale di qualità del dipartimento e i manuali di qualità delle singole strutture operative (nota prot. 170/DRT/13 del 26.11.2013).**

partecipazione al programma di accreditamento internazionale	L'Ente accreditante conferma l'accreditamento internazionale per l'Istituto	conferma dell'accreditamento internazionale (l'obiettivo si intende raggiunto anche nel caso di accreditamento con prescrizione)	in linea	<input type="checkbox"/>	x	x
--	---	--	----------	--------------------------	---	---

**Accreditation Canada con nota del 27.03.2013 ha riconosciuto al CRO l'accreditamento livello PLATINO con raccomandazioni alle quali è stato risposto con esito positivo.**

## GESTIONE RISORSE UMANE E ORGANIZZAZIONE

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione	Valutazione		
			retr. risultato	respons.	individ.	
gestire le ferie	100% ferie anno corrente e abbattimento ferie pregresse: per il personale con residuo ferie al 1/1/13 >8 gg: ridurre il residuo ferie al 1/1/13 di almeno il 10%; b) per il personale con residuo ferie al 1/1/13 ≤8 gg: residuo ferie al 1/1/14 ≤8 gg.	proseguire nel percorso di abbattimento del residuo ferie 62 gg	non in linea	<input type="checkbox"/>	x	x

*nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso.*

**57 gg  
VEDI NOTA del Responsabile PROT. 78/BIT del 13/9/13 e mail del 15/01/2014**

gestione corretta del regolamento aziendale sull'orario di lavoro	verifica dell'assenza di recuperi a giornate intere consecutive in presenza di ferie residue	gestione corretta del regolamento	in linea	<input type="checkbox"/>	x	<input type="checkbox"/>
---	--	-----------------------------------	----------	--------------------------	---	--------------------------

**E' stato concordato di valutare l'indicatore a partire dal mese di giugno. Il monitoraggio effettuato dall'ufficio personale riferito al periodo giugno-dicembre evidenzia il rispetto dell'indicatore.**

piani di lavoro	i piani devono essere inviati alla direzione sanitaria entro la fine del mese precedente a quello cui la programmazione si riferisce	i piani di lavoro sono inviati regolarmente rispettando l'indicatore	100%	<input type="checkbox"/>	x	<input type="checkbox"/>
-----------------	--	--	------	--------------------------	---	--------------------------

**i piani di lavoro sono sempre stati inviati nei tempi prestabiliti**

## GESTIONE RISORSE UMANE E ORGANIZZAZIONE

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
partecipazione del personale della struttura a specifiche attività formative individuate dalle direzioni con priorità a quelle riguardanti il rispetto del codice di protezione dei dati personali	partecipazione di almeno 1 dirigente alle attività formative richieste dalle Direzioni (le attività formative verranno segnalate ad hoc)	evidenza della partecipazione	in linea		x	x

### Iniziative individuate dalle direzioni:

- incontri formativi in materia di codice di protezione dei dati personali: 1 partecipante
- incontri formativi in materia di attuazione delle misure anticorruzione (prot. 9893/DG del 28.05): 1 partecipante

Procedura per la formazione e valorizzazione del neoassunto, compresi i contratti atipici	monitoraggio a campione da parte della dir. san. della scheda di valutazione. Il campione deve riguardare almeno il 50% del personale inserito nel 2013 con eventuali approssimazioni per eccesso (es.: 1 = 1, 3 = 2)	Applicazione della procedura definita nel 2011	non valutabile		x	
---	---	--	----------------	--	---	--

Non ci sono stati neoassunti

## SISTEMI INFORMATIVI

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
utilizzo del sistema g2 clinico	100%	numero di visite di consulenza genetica ambulatoriali presenti in g3 refertate con il g2 clinico	100%		x	x

viene riconosciuta una franchigia del 10% se motivata e viene applicata solo se questa consente il raggiungimento al 100% dell'obiettivo. La valutazione è effettuata secondo un criterio proporzionale.

il 99,52% delle prestazioni ambulatoriali è refertato con il G2 clinico. Diventa il 100% con l'applicazione della franchigia

## RISORSE PRODOTTI SANITARI

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
riequilibrare il rapporto tra l'utilizzo dei fondi finalizzati e quelli istituzionali	raggiungere il 35% dei consumi di materiale diagnostico a valere su fondi finalizzati	migliorare la % media di utilizzo rilevata nel triennio 2010-2012	98,90%	10%	x	

il 34,61% dei consumi di diagnostici è su fondi finalizzati

% raggiungimento ob. incentivati

% valutazione

Totale raggiungimento obiettivi valutati

99,89%

100,00%

Approvato dall'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance

L'obiettivo di equilibrio di bilancio, precondizione per ogni ulteriore valutazione dei risultati attesi incentivati sotto riportati del direttore di struttura complessa, risulta raggiunto (Delibera di Giunta Regione FVG n. 2025 del 31/10/14 - allegato 1)

## ATTIVITÀ

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
<b>Attività di pianificazione strategica del dipartimento</b>	predisposizione di un documento di mission e pianificazione strategica del dipartimento entro il mese di settembre	<b>evidenza della predisposizione del documento</b>	<b>in linea</b>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p><b>Il direttore di dipartimento con mail del 26.09 ha trasmesso la bozza del piano strategico dipartimentale. Con successiva nota prot. 158/DRT/13 del 04.11.2013 è stato trasmesso il documento definitivo.</b></p>						
<b>Condivisione di attività di diagnostica oncoematologica fish/molecolare (SOECS) e di diagnostica molecolare dei tumori solidi (OS1, BIT e FSC)</b>	predisposizione di un documento di riorganizzazione con definizione della distribuzione delle attività diagnostiche tra le varie strutture	<b>evidenza della predisposizione del documento entro il 31.12.2013</b>	<b>in linea</b>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<p><i>L'obiettivo correlato alle RAR potrà essere modificato in seguito alla sottoscrizione degli accordi RAR. L'incentivo verrà riconosciuto secondo i criteri stabiliti nell'accordo.</i></p> <p><b>nota prot. 158/DRT/13 del 04.11.2013 punti 2. "Incremento dell'offerta dipartimentale di esami molecolari ad uso clinico" e punto 3. "Potenziamento attività interdipartimentale in ambito clinico-sperimentale"</b></p>						
<b>inserimento a sistema dell'offerta diagnostica</b>	1. avvio del sistema di refertazione DN_LAB per i test di laboratorio della struttura entro il 31 dicembre 2013	<b>completamento del percorso organizzativo per le prestazioni concordate con le direzioni</b>	<b>in linea</b>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p><b>Entro il 31.12.2013 sono stati terminati i percorsi informatici di inserimento dell'offerta diagnostica sia nel sistema di laboratorio (DNLAB) che nel sistema di firma elettronica. Il primo referto porta la data del 09.01.2014 per problemi legati all'assenza del personale dirigenziale in servizio.</b></p>						
<b>pubblicazioni scientifiche</b>	valore impact factor normalizzato dipartimentale	<b>valore dipartimentale: 400 IF normalizzato</b>	<b>100,00%</b>	<b>75%</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

*l'obiettivo è assegnato e valutato a livello dipartimentale secondo il criterio di proporzionalità.*

447

<b>variabili attività scientifica (Allegato 1)</b>	punti attività scientifica della struttura operativa	<b>punteggio &gt; 4</b>	<b>100,00%</b>	<b>15%</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
--	--	-------------------------	----------------	------------	-------------------------------------	-------------------------------------

*I punteggi realizzati vengono valutati come segue:  
un punteggio > = 4 punti = 100%  
un punteggio < 1 punti = 0  
il restante = 80%*

punti 19

## ATTIVITÀ

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
gestione nanomedicina	attuazione del programma di ricerca in nanotecnologie predisposto nel 2012	funzionamento laboratorio nanomedicina	in linea	<input type="checkbox"/>	x	x

Nel 2013 la SOC ha proseguito con lo sviluppo di un importante network sulla Nanomedicina che vede il coinvolgimento di più di 100 ricercatori con competenze diversificate (medici, biologi, fisici, ingegneri). L'attuazione del programma di ricerca in nanotecnologie predisposto nel 2012 prevedeva in particolare il funzionamento del laboratorio di nanomedicina. Nel 2013 sono stati attivati laboratori nella SOC FSC specificamente dedicati alla nanomedicina. Sono state formulate specifiche richieste alle direzioni del CRO per allestire questi laboratori con strumentazioni adeguate. Attualmente l'attività di ricerca sulla nanomedicina viene svolta in gran parte in laboratori extraistituzionali dotati delle strumentazioni necessarie in un concetto di laboratorio di nanomedicina allargato con competenze diversificate. (vedi relazione finale del direttore inviata via mail in data 02.07.2014)

## GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
certificazione e accreditamento	Certificazione ISO 9001-2008: 1. estensione del manuale di qualità a tutte le strutture del dipartimento di ricerca traslazionale 2. predisposizione del manuale di qualità della struttura	revisione del manuale di qualità dipartimentale e predisposizione del manuale della struttura	in linea	<input type="checkbox"/>	x	x

E' stata fatta la revisione del manuale di qualità del dipartimento e i manuali di qualità delle singole strutture operative (nota prot. 170/DRT/13 del 26.11.2013).

partecipazione al programma di accreditamento internazionale	L'Ente accreditante conferma l'accREDITamento internazionale per l'Istituto	conferma dell'accREDITamento internazionale (l'obiettivo si intende raggiunto anche nel caso di accREDITamento con prescrizione)	in linea	<input type="checkbox"/>	x	x
--	---	--	----------	--------------------------	---	---

Accreditation Canada con nota del 27.03.2013 ha riconosciuto al CRO l'accREDITamento livello PLATINO con raccomandazioni alle quali è stato risposto con esito positivo.

# GESTIONE RISORSE UMANE E ORGANIZZAZIONE

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione	Valutazione		
			retr. risultato	respons.	individ.	
gestire le ferie	100% ferie anno corrente e abbattimento ferie pregresse: per il personale con residuo ferie al 1/1/13 >8 gg: ridurre il residuo ferie al 1/1/13 di almeno il 10%; b) per il personale con residuo ferie al 1/1/13 ≤8 gg: residuo ferie al 1/1/14 ≤8 gg.	proseguire nel percorso di abbattimento del residuo ferie 137 gg	non in linea	<input type="checkbox"/>	x	x

nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso.

128 gg.  
Con nota prot. 37FSC del 31.01.2014 il direttore della SOC ha precisato che il mancato raggiungimento dell'obiettivo è derivato dal trasferimento alla direzione scientifica di un dirigente della struttura (nota prot. 14057/DG del 01.08.2013) che ha richiesto una modifica dell'organizzazione del piano ferie per permettere il raggiungimento degli obiettivi scientifici assegnati alla struttura.

gestione corretta del regolamento aziendale sull'orario di lavoro	verifica dell'assenza di recuperi a giornate intere consecutive in presenza di ferie residue	gestione corretta del regolamento	in linea	<input type="checkbox"/>	x	<input type="checkbox"/>
---	--	-----------------------------------	----------	--------------------------	---	--------------------------

E' stato concordato di valutare l'indicatore a partire dal mese di giugno. Il monitoraggio effettuato dall'ufficio personale riferito al periodo giugno-dicembre evidenzia il rispetto dell'indicatore.

piani di lavoro	i piani devono essere inviati alla direzione sanitaria entro la fine del mese precedente a quello cui la programmazione si riferisce	i piani di lavoro sono inviati regolarmente rispettando l'indicatore	83,3%	<input type="checkbox"/>	x	<input type="checkbox"/>
-----------------	--	--	-------	--------------------------	---	--------------------------

i piani di lavoro sono stati inviati nei tempi prestabiliti nei mesi Gennaio - Agosto e Novembre-Dicembre; sono pervenuti oltre i termini i piani di lavoro relativi ai mesi di settembre e ottobre. L'OIVP con verbale n.4 del 23.10.14 attesta " ....., in presenza del Direttore Sanitario, prende visione della nota prot.n. 225/FSC del 16/9/2014 del Responsabile SOC Farmacologia. Esaminati i contenuti della medesima si ritiene di confermare la valutazione già espressa in quanto le motivazioni addotte a giustificazione del parziale raggiungimento degli obiettivi inerenti la ripartizione dei consumi diagnostici e la formulazione dei piani di lavoro evidenziano la necessità di un miglioramento sul piano dell'utilizzo degli strumenti aziendali finalizzati al governo delle risorse. ..."

valutazione dei dirigenti	le valutazioni dei dirigenti sono completate secondo le indicazioni diffuse dalle direzioni	completamento dei percorsi di valutazione dei dirigenti previsti nel 2013	in linea	<input type="checkbox"/>	x	<input type="checkbox"/>
---------------------------	---	---	----------	--------------------------	---	--------------------------

valutazione effettuata con riferimento all'anno 2012

partecipazione del personale della struttura a specifiche attività formative individuate dalle direzioni con priorità a quelle riguardanti il rispetto del codice di protezione dei dati personali	partecipazione di almeno 1 dirigente alle attività formative richieste dalle Direzioni (le attività formative verranno segnalate ad hoc)	evidenza della partecipazione	in linea	<input type="checkbox"/>	x	x
--	--	-------------------------------	----------	--------------------------	---	---

Iniziative individuate dalle direzioni:  
- incontri formativi in materia di codice di protezione dei dati personali: 4 partecipanti  
- incontri formativi in materia di attuazione delle misure anticorruzione (prot. 9893/DG del 28.05): 1 partecipante

## GESTIONE RISORSE UMANE E ORGANIZZAZIONE

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
Procedura per la formazione e valorizzazione del neoassunto, compresi i contratti atipici	monitoraggio a campione da parte della dir. san. della scheda di valutazione. Il campione deve riguardare almeno il 50% del personale inserito nel 2013 con eventuali approssimazioni per eccesso (es.: 1 =1, 3= 2)	Applicazione della procedura definita nel 2011	non in linea		x	

non è pervenuta la documentazione da parte della struttura

## RISORSE PRODOTTI SANITARI

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
riequilibrare il rapporto tra l'utilizzo dei fondi finalizzati e quelli istituzionali	raggiungere il 35% dei consumi di materiale diagnostico a valere su fondi finalizzati	migliorare la % media di utilizzo rilevata nel triennio 2010-2012	87,26%	10%	x	

il 30,54% dei consumi di diagnostici è su fondi finalizzati. L'OIVP con verbale n.4 del 23.10.14 attesta " ...., in presenza del Direttore Sanitario, prende visione della nota prot.n. 225/FSC del 16/9/2014 del Responsabile SOC Farmacologia. Esaminati i contenuti della medesima si ritiene di confermare la valutazione già espressa in quanto le motivazioni addotte a giustificazione del parziale raggiungimento degli obiettivi inerenti la ripartizione dei consumi diagnostici e la formulazione dei piani di lavoro evidenziano la necessità di un miglioramento sul piano dell'utilizzo degli strumenti aziendali finalizzati al governo delle risorse. ..."

	% raggiungimento ob. incentivati	% valutazione
Totale raggiungimento obiettivi valutati	98,73%	100,00%

## Approvato dall'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance

L'obiettivo di equilibrio di bilancio, precondizione per ogni ulteriore valutazione dei risultati attesi incentivati sotto riportati del direttore di struttura complessa, risulta raggiunto (Delibera di Giunta Regione FVG n. 2025 del 31/10/14 - allegato 1)

## ATTIVITÀ

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
<b>Attività di pianificazione strategica del dipartimento</b>	predisposizione di un documento di mission e pianificazione strategica del dipartimento entro il mese di settembre	<b>evidenza della predisposizione del documento</b>	<b>in linea</b>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p><b>Il direttore di dipartimento con mail del 26.09 ha trasmesso la bozza del piano strategico dipartimentale. Con successiva nota prot. 158/DRT/13 del 04.11.2013 è stato trasmesso il documento definitivo.</b></p>						
<b>Condivisione di attività di diagnostica oncoematologica fish/molecolare (SOECS) e di diagnostica molecolare dei tumori solidi (OS1, BIT e FSC)</b>	predisposizione di un documento di riorganizzazione con definizione della distribuzione delle attività diagnostiche tra le varie strutture	<b>evidenza della predisposizione del documento entro il 31.12.2013</b>	<b>in linea</b>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<p><i>L'obiettivo correlato alle RAR potrà essere modificato in seguito alla sottoscrizione degli accordi RAR. L'incentivo verrà riconosciuto secondo i criteri stabiliti nell'accordo.</i></p> <p><b>nota prot. 158/DRT/13 del 04.11.2013 punti 2. "Incremento dell'offerta dipartimentale di esami molecolari ad uso clinico" e punto 3. "Potenziamento attività interdipartimentale in ambito clinico-sperimentale"</b></p>						
<b>inserimento a sistema dell'offerta diagnostica</b>	1. avvio del sistema di refertazione DN_LAB per i test di laboratorio della struttura entro il 31 dicembre 2013	<b>completamento del percorso organizzativo per le prestazioni concordate con le direzioni</b>	<b>in linea</b>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p><b>Entro il 31.12.2013 sono stati terminati i percorsi informatici di inserimento dell'offerta diagnostica sia nel sistema di laboratorio (DNLAB) che nel sistema di firma elettronica. Il sistema è stato avviato entro il 31.12.</b></p>						
<b>Prestazioni specialistiche ambulatoriali per esterni</b>	valore attività ambulatoriale per esterni	<b>€ 90.000</b>	<b>100%</b>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<p><i>L'obiettivo è valutato secondo un criterio proporzionale</i></p> <p><b>€ 104.635</b></p>						
<b>pubblicazioni scientifiche</b>	valore impact factor normalizzato dipartimentale	<b>valore dipartimentale: 400 IF normalizzato</b>	<b>100,00%</b>	<b>75%</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<p><i>l'obiettivo è assegnato e valutato a livello dipartimentale secondo il criterio di proporzionalità.</i></p> <p><b>447</b></p>						

## ATTIVITÀ

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
variabili attività scientifica (Allegato 1)	punti attività scientifica della struttura operativa	punteggio > 4	100,00%	15%	x	x

I punteggi realizzati vengono valutati come segue:  
 un punteggio > = 4 punti = 100%  
 un punteggio < 1 punti = 0  
 il restante = 80%

punti 11,3

## GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
certificazione e accreditamento	Certificazione ISO 9001-2008: 1. estensione del manuale di qualità a tutte le strutture del dipartimento di ricerca traslazionale 2. predisposizione del manuale di qualità della struttura	revisione del manuale di qualità dipartimentale e predisposizione del manuale della struttura	in linea		x	x

E' stata fatta la revisione del manuale di qualità del dipartimento e i manuali di qualità delle singole strutture operative (nota prot. 170/DRT/13 del 26.11.2013).

partecipazione al programma di accreditamento internazionale	L'Ente accreditante conferma l'accREDITamento internazionale per l'Istituto	conferma dell'accREDITamento internazionale (l'obiettivo si intende raggiunto anche nel caso di accREDITamento con prescrizione)	in linea		x	x
--	---	--	----------	--	---	---

Accreditation Canada con nota del 27.03.2013 ha riconosciuto al CRO l'accREDITamento livello PLATINO con raccomandazioni alle quali è stato risposto con esito positivo.

## GESTIONE RISORSE UMANE E ORGANIZZAZIONE

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
gestire le ferie	100% ferie anno corrente e abbattimento ferie pregresse: per il personale con residuo ferie al 1/1/13 >8 gg: ridurre il residuo ferie al 1/1/13 di almeno il 10%; b) per il personale con residuo ferie al 1/1/13 ≤8 gg: residuo ferie al 1/1/14 ≤8 gg.	proseguire nel percorso di abbattimento del residuo ferie 204 gg	in linea		x	x

nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso.

206 gg

gestione corretta del regolamento aziendale sull'orario di lavoro	verifica dell'assenza di recuperi a giornate intere consecutive in presenza di ferie residue	gestione corretta del regolamento	in linea		x	
---	--	-----------------------------------	----------	--	---	--

E' stato concordato di valutare l'indicatore a partire dal mese di giugno. Il monitoraggio effettuato dall'ufficio personale riferito al periodo giugno-dicembre evidenzia il rispetto dell'indicatore.

## GESTIONE RISORSE UMANE E ORGANIZZAZIONE

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
piani di lavoro	i piani devono essere inviati alla direzione sanitaria entro la fine del mese precedente a quello cui la programmazione si riferisce	i piani di lavoro sono inviati regolarmente rispettando l'indicatore	100%		x	

**i piani di lavoro sono sempre stati inviati nei tempi prestabiliti**

valutazione dei dirigenti	le valutazioni dei dirigenti sono completate secondo le indicazioni diffuse dalle direzioni	completamento dei percorsi di valutazione dei dirigenti previsti nel 2013	in linea		x	
---------------------------	---	---	----------	--	---	--

**valutazione effettuata con riferimento all'anno 2012**

partecipazione del personale della struttura a specifiche attività formative individuate dalle direzioni con priorità a quelle riguardanti il rispetto del codice di protezione dei dati personali	partecipazione di almeno 1 dirigente alle attività formative richieste dalle Direzioni (le attività formative verranno segnalate ad hoc)	evidenza della partecipazione	in linea		x	x
--	--	-------------------------------	----------	--	---	---

**Iniziative individuate dalle direzioni:**

- incontri formativi in materia di codice di protezione dei dati personali: 6 partecipanti

- incontri formativi in materia di attuazione delle misure anticorruzione (prot. 9893/DG del 28.05): 6 partecipanti

Procedura per la formazione e valorizzazione del neoassunto, compresi i contratti atipici	monitoraggio a campione da parte della dir. san. della scheda di valutazione. Il campione deve riguardare almeno il 50% del personale inserito nel 2013 con eventuali approssimazioni per eccesso (es.: 1 =1, 3= 2)	Applicazione della procedura definita nel 2011	in linea		x	
---	---	--	----------	--	---	--

**il monitoraggio sull'applicazione della procedura nel 2013 è positivo (4 borsisti).**

## RISORSE PRODOTTI SANITARI

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
riequilibrare il rapporto tra l'utilizzo dei fondi finalizzati e quelli istituzionali	raggiungere il 35% dei consumi di materiale diagnostico a valere su fondi finalizzati	migliorare la % media di utilizzo rilevata nel triennio 2010-2012	100,00%	10%	x	

**il 37,52% dei consumi di diagnostici è su fondi finalizzati**

**% raggiungimento ob. incentivati**

**% valutazione**

Totale raggiungimento obiettivi valutati

**100,00%**

**100,00%**

Approvato dall'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance

L'obiettivo di equilibrio di bilancio, precondizione per ogni ulteriore valutazione dei risultati attesi incentivati sotto riportati del direttore di struttura complessa, risulta raggiunto (Delibera di Giunta Regione FVG n. 2025 del 31/10/14 - allegato 1)

## ATTIVITÀ

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
<b>Attività di pianificazione strategica del dipartimento</b>	predisposizione di un documento di mission e pianificazione strategica del dipartimento entro il mese di settembre	<b>evidenza della predisposizione del documento</b>	<b>in linea</b>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

L'obiettivo correlato alle RAR potrà essere modificato in seguito alla sottoscrizione degli accordi RAR. L'incentivo verrà riconosciuto secondo i criteri stabiliti nell'accordo.

**Il direttore di dipartimento con mail del 26.09 ha trasmesso la bozza del piano strategico dipartimentale. Con successiva nota prot. 158/DRT/13 del 04.11.2013 è stato trasmesso il documento definitivo.**

<b>pubblicazioni scientifiche</b>	valore impact factor normalizzato dipartimentale	<b>valore dipartimentale: 400 IF normalizzato</b>	<b>100,00%</b>	<b>75%</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
-----------------------------------	--	---	----------------	------------	-------------------------------------	-------------------------------------

l'obiettivo è assegnato e valutato a livello dipartimentale secondo il criterio di proporzionalità.

**447**

<b>variabili attività scientifica (Allegato 1)</b>	punti attività scientifica della struttura operativa	<b>punteggio &gt; 4</b>	<b>100,00%</b>	<b>15%</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
--	--	-------------------------	----------------	------------	-------------------------------------	-------------------------------------

I punteggi realizzati vengono valutati come segue:

un punteggio >= 4 punti = 100%

un punteggio < 4 punti = 0

il restante = 80%

**punti 21,5**

## GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
<b>certificazione e accreditamento</b>	Certificazione ISO 9001-2008: 1. estensione del manuale di qualità a tutte le strutture del dipartimento di ricerca traslazionale 2. predisposizione del manuale di qualità della struttura	<b>revisione del manuale di qualità dipartimentale e predisposizione del manuale della struttura</b>	<b>in linea</b>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

**E' stata fatta la revisione del manuale di qualità del dipartimento e i manuali di qualità delle singole strutture operative (nota prot. 170/DRT/13 del 26.11.2013).**

## GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
partecipazione al programma di accreditamento internazionale	L'Ente accreditante conferma l'accREDITamento internazionale per l'Istituto	conferma dell'accREDITamento internazionale (l'obiettivo si intende raggiunto anche nel caso di accREDITamento con prescrizione)	in linea	<input type="checkbox"/>	x	x

Accreditation Canada con nota del 27.03.2013 ha riconosciuto al CRO l'accREDITamento livello PLATINO con raccomandazioni alle quali è stato risposto con esito positivo.

## GESTIONE RISORSE UMANE E ORGANIZZAZIONE

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
gestire le ferie	100% ferie anno corrente e abbattimento ferie pregresse: per il personale con residuo ferie al 1/1/13 >8 gg: ridurre il residuo ferie al 1/1/13 di almeno il 10%; b) per il personale con residuo ferie al 1/1/13 ≤8 gg: residuo ferie al 1/1/14 ≤8 gg.	proseguire nel percorso di abbattimento del residuo ferie 241 gg	in linea	<input type="checkbox"/>	x	x

nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso.

253 gg

gestione corretta del regolamento aziendale sull'orario di lavoro	verifica dell'assenza di recuperi a giornate intere consecutive in presenza di ferie residue	gestione corretta del regolamento	in linea	<input type="checkbox"/>	x	<input type="checkbox"/>
---	--	-----------------------------------	----------	--------------------------	---	--------------------------

E' stato concordato di valutare l'indicatore a partire dal mese di giugno. Il monitoraggio effettuato dall'ufficio personale riferito al periodo giugno-dicembre evidenzia il rispetto dell'indicatore.

piani di lavoro	i piani devono essere inviati alla direzione sanitaria entro la fine del mese precedente a quello cui la programmazione si riferisce	i piani di lavoro sono inviati regolarmente rispettando l'indicatore	91,7%	<input type="checkbox"/>	x	<input type="checkbox"/>
-----------------	--	--	-------	--------------------------	---	--------------------------

i piani di lavoro sono stati inviati nei tempi prestabiliti nei mesi Gennaio e Marzo-Dicembre; è pervenuto oltre i termini il piano di lavoro relativo al mese di febbraio

valutazione dei dirigenti	le valutazioni dei dirigenti sono completate secondo le indicazioni diffuse dalle direzioni	completamento dei percorsi di valutazione dei dirigenti previsti nel 2013	in linea	<input type="checkbox"/>	x	<input type="checkbox"/>
---------------------------	---	---	----------	--------------------------	---	--------------------------

valutazione effettuata con riferimento all'anno 2012

## GESTIONE RISORSE UMANE E ORGANIZZAZIONE

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
partecipazione del personale della struttura a specifiche attività formative individuate dalle direzioni con priorità a quelle riguardanti il rispetto del codice di protezione dei dati personali	partecipazione di almeno 1 dirigente alle attività formative richieste dalle Direzioni (le attività formative verranno segnalate ad hoc)	evidenza della partecipazione	in linea		x	x

### Iniziative individuate dalle direzioni:

- incontri formativi in materia di codice di protezione dei dati personali: 4 partecipanti
- incontri formativi in materia di attuazione delle misure anticorruzione (prot. 9893/DG del 28.05): 1 partecipante

Procedura per la formazione e valorizzazione del neoassunto, compresi i contratti atipici	monitoraggio a campione da parte della dir. san. della scheda di valutazione. Il campione deve riguardare almeno il 50% del personale inserito nel 2013 con eventuali approssimazioni per eccesso (es.: 1 =1, 3= 2)	Applicazione della procedura definita nel 2011	in linea		x	
---	---	--	----------	--	---	--

il monitoraggio sull'applicazione della procedura nel 2013 è positivo (3 neassunti).

## RISORSE PRODOTTI SANITARI

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
riequilibrare il rapporto tra l'utilizzo dei fondi finalizzati e quelli istituzionali	raggiungere il 35% dei consumi di materiale diagnostico a valere su fondi finalizzati	migliorare la % media di utilizzo rilevata nel triennio 2010-2012	100,00%	10%	x	

il 43,67% dei consumi di diagnostici è su fondi finalizzati

% raggiungimento ob. incentivati

% valutazione

Totale raggiungimento obiettivi valutati

100,00%

100,00%

Approvato dall'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance

**ATTIVITÀ**

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato		PO	coord.	indiv id.
supporto al raggiungimento dei volumi di attività	valore attività di ricovero e ambulatoriale fissato nel budget 2013 delle strutture operative del dipartimento	rispetto degli obiettivi definiti nella programmazione 2013	100,00%	60%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

media dei raggiungimenti delle strutture: 100%

**GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO**

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato		PO	coord.	indiv id.
valutazione rischio di caduta dei pazienti ricoverati con scala concordata (Conley)	Applicazione della scala di valutazione del rischio in almeno 90% pazienti ricoverati (ricovero ordinario). La valutazione sarà effettuata secondo i tempi e le modalità previsti nel programma regionale del rischio e del governo clinico	rispetto dell'indicatore	100,00%	10%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

96,67% su un campione di 90 cartelle (monitoraggio direzione sanitaria)

applicazione della check list per la sicurezza in sala operatoria	Verifica a campione della documentazione sanitaria della presenza di check list completa secondo i tempi e le modalità previsti dal programma regionale del rischio e del governo clinico	check list di sala operatoria compilata in ogni sua parte in almeno 90% degli interventi chirurgici (secondo indicazioni contenute nella procedura aziendale)	100,00%	10%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	---	---	---------	-----	--------------------------	-------------------------------------	--------------------------

95,56%

partecipazione al programma di accreditamento internazionale	L'Ente accreditante conferma l'accreditamento internazionale per l'Istituto	conferma dell'accreditamento internazionale (l'obiettivo si intende raggiunto anche nel caso di accreditamento con prescrizione)	100,00%	10%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
--	---	--	---------	-----	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

Accreditation Canada con nota del 27.03.2013 ha riconosciuto al CRO l'accreditamento livello PLATINO con raccomandazioni alle quali è stato risposto con esito positivo.

riduzione del rischio nella somministrazione farmaci	monitoraggio della direzione sanitaria con campionamenti trimestrali della documentazione clinica per accertare il corretto utilizzo della scheda unica di terapia	utilizzo della scheda unica di terapia	non in linea	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
--	--	--	--------------	--------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

7,78% su un campione di 90 cartelle (30 per ogni chirurgia) (monitoraggio direzione sanitaria)

# GESTIONE RISORSE UMANE E ORGANIZZAZIONE

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato		PO	coord.	indiv id.
<b>gestire le ferie</b>	100% ferie anno corrente e abbattimento ferie pregresse: per il personale con residuo ferie al 1/1/13 >6 gg: ridurre il residuo ferie al 1/1/13 di almeno il 10%; b) per il personale con residuo ferie al 1/1/13 ≤6 gg: residuo ferie al 1/1/14 ≤6 gg.	<b>perseguire nel percorso di abbattimento del residuo ferie</b> 3.349 gg	<b>in linea</b>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p><i>nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso.</i></p>							
<p><b>3.754 gg</b></p>							
<b>monte ore di straordinario</b>	numero di ore di straordinario	<b>4.000 Ore</b>	<b>100%</b>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p><b>1.566 ore</b></p>							
<b>applicazione del regolamento sull'orario di lavoro del personale del comparto (delibera n. 90 del 17.05.2011)</b>	1. presentazione entro il 31 dicembre 2013 di un piano di liquidazione/recupero dell'eccedenza oraria maturata al 30.09.2013	<b>applicazione del regolamento</b>	<b>in linea</b>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p><b>con nota prot. 18/13 del 20.12.2013, la posizione organizzativa del dipartimento ha presentato il piano di recupero dell'eccedenza oraria in linea con quanto previsto dall'indicatore.</b></p>							
<b>partecipazione del personale del dipartimento a specifiche attività formative individuate dalle direzioni con priorità a quelle riguardanti il rispetto del codice di protezione dei dati personali</b>	partecipazione di almeno 3 unità di personale del comparto a ciascuna attività formativa indicata dalle Direzioni (le attività formative verranno segnalate ad hoc)	<b>evidenza della partecipazione</b>	<b>non in linea per il corso anticorruzione</b>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<p><b>Iniziative individuate dalle direzioni:</b>  <b>- incontri formativi in materia di codice di protezione dei dati personali: 58 partecipanti</b>  <b>- incontri formativi in materia di attuazione delle misure anticorruzione (prot. 9893/DG del 28.05): 2 partecipanti</b></p>							
<b>Procedura per la formazione e valorizzazione del neoassunto, compresi i contratti atipici</b>	monitoraggio a campione da parte della dir. san. della scheda di valutazione. Il campione deve riguardare almeno il 50% del personale inserito nel 2013 con eventuali approssimazioni per eccesso (es.: 1 =1, 3= 2)	<b>Applicazione della procedura definita nel 2011</b>	<b>in linea</b>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p><b>il monitoraggio sull'applicazione della procedura nel 2013 è positivo (5 neassunti).</b></p>							

# INDICATORI DI QUALITÀ DELL'ASSISTENZA

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato		PO	coord.	indiv id.
Condivisione degli strumenti di valutazione del dolore a livello regionale. La registrazione in cartella deve comprendere le caratteristiche del dolore, i farmaci utilizzati, i dosaggi e il risultato antalgico.	- Presenza in cartella della valutazione del dolore almeno (>) nel 95% dei casi; - Rivalutazione almeno (>) nel 95% dei casi. I tempi e le modalità di rilevazione sono quelli previsti nel programma regionale del rischio e del governo clinico	<b>garantire al paziente l'applicazione delle strategie di controllo del dolore</b>	<b>97,95%</b>	<b>10%</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

**91,11% prima rilevazione**  
**98,52% rivalutazione**  
**campione di 90 cartelle (monitoraggio direzione sanitaria)**

mantenimento di un buon livello di qualità percepita attraverso la lettura dei risultati ottenuta dall'elaborazione dei dati quali-quantitativi "indagine soddisfazione 2013"	1. somministrazione dei questionari nel trimestre set-nov 2013 2. garantire almeno il 90% di risposte "buono" o "molto buono" per ogni domanda di pertinenza del personale del comparto del dipartimento	<b>evidenza della realizzazione degli indicatori</b>	<b>100,00%</b>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
---	---	--	----------------	--------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

**1. la raccolta dei questionari è stata effettuata nel trimestre sett-nov 2013. Sono stati complessivamente raccolti 171 questionari tra le persone degenti e familiari e 1600 tra le persone afferenti alle attività ambulatoriali e day hospital. I questionari somministrati ai pazienti ricoverati ammettevano la scelta tra 6 tipi di risposte, 3 negative (molto scadente, scadente ed insufficiente) e 3 positive (sufficiente, buono e molto buono). I questionari a pazienti ambulatoriali e dh ammettevano la scelta tra 4 tipi di risposte, 2 negative (per nulla sufficiente e non soddisfacente) e 2 positive (soddisfacente e molto buono). In entrambi i casi per una più facile lettura dei risultati ottenuti, sono stati elaborati i dati estrapolando le opzioni negative e positive inglobandole secondo criteri statistici-epidemiologici in due distinte categorie insoddisfatti e soddisfatti.**

**2. i risultati sono tutti superiori al 90%.**

<b>% raggiungimento ob. incentivati</b>	<b>% valutazione</b>
---	----------------------

Totale raggiungimento obiettivi valutati

**99,80%**

**100,00%**

Approvato dall'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance

**ATTIVITÀ**

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato		PO	coord.	indiv id.
supporto al raggiungimento dei volumi di attività	valore attività di ricovero e ambulatoriale fissato nel budget 2013 delle strutture operative del dipartimento	rispetto degli obiettivi definiti nella programmazione 2013	99,90%	60%	x	x	x

media dei raggiungimenti delle strutture: 99,9%

**GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO**

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato		PO	coord.	indiv id.
valutazione rischio di caduta dei pazienti ricoverati con scala concordata (Conley)	Applicazione della scala di valutazione del rischio in almeno 90% pazienti ricoverati (ricovero ordinario). La valutazione sarà effettuata secondo i tempi e le modalità previsti nel programma regionale del rischio e del governo clinico	rispetto dell'indicatore	100,00%	10%	x	x	x

97,04% su un campione di 135 cartelle (monitoraggio direzione sanitaria)

certificazione e accreditamento	è conseguito l'accreditamento internazionale secondo lo standard JACIE (l'obiettivo si intende raggiunto anche nel caso di accreditamento con prescrizione)	accreditamento internazionale jacie	100,00%	10%	x	x	x
---------------------------------	---	-------------------------------------	---------	-----	---	---	---

Nel mese di settembre 2013 si è svolta la visita di accreditamento da parte di JACIE e CNT/CNS. L'esito è stato positivo con alcune osservazioni alle quali dare risposta entro 4 mesi.

certificazione e accreditamento	certificazione ISO 9001-2008 : rispetto delle scadenze ed esito positivo delle eventuali visite di sorveglianza	rispetto degli adempimenti previsti nel 2013 ed esito positivo delle eventuali visite di sorveglianza	in linea		x	x	x
---------------------------------	---	---	----------	--	---	---	---

Nel mese di ottobre 2013 si è svolta la visita di rinnovo della certificazione da parte dell'ente certificante (Bureau Veritas). La struttura ha ottenuto la certificazione con Non Conformità e/o osservazioni

partecipazione al programma di accreditamento internazionale	L'Ente accreditante conferma l'accreditamento internazionale per l'Istituto	conferma dell'accreditamento internazionale (l'obiettivo si intende raggiunto anche nel caso di accreditamento con prescrizione)	100,00%	10%	x	x	x
--	---	--	---------	-----	---	---	---

Accreditation Canada con nota del 27.03.2013 ha riconosciuto al CRO l'accreditamento livello PLATINO con raccomandazioni alle quali è stato risposto con esito positivo.

## GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione retr. risultato	Valutazione		
				PO	coord.	indiv id.
riduzione del rischio nella somministrazione farmaci	monitoraggio della direzione sanitaria con campionamenti trimestrali della documentazione clinica per accertare il corretto utilizzo della scheda unica di terapia	utilizzo della scheda unica di terapia	non in linea	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

54,81% su un campione di 135 cartelle (monitoraggio direzione sanitaria)

programmazione ed esecuzione di attività formative per la gestione del paziente infettivo e immunodepresso.	avvio di un corso entro il 31.12	evidenza della realizzazione dell'indicatore	in linea	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
---	----------------------------------	--	----------	--------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

Il percorso formativo intradipartimentale è stato avviato:

- accreditamento in data 27/07 dell'attività formativa sul campo "verifica e realizzazione delle modalità di gestione dell'isolamento per pazienti in leucopenia/aplasia: prevenire il diffondersi di microorganismi";
  - istituzione del gruppo di lavoro (isolamento per leucopenia ed isolamento infettivo, educazione sanitaria, trasferimento pazienti e sanificazione ambientale)
  - attività formative programmate: strutturazione strategica del percorso formativo (11/11), presentazione del progetto formativo (19/11), revisione bibliografica e strutturazione dei focus group (25/11) e verifica e prima stesura di documenti (09/12).
- (nota prot. 63/Dip. OM del 31.12.2013).

## GESTIONE RISORSE UMANE E ORGANIZZAZIONE

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione retr. risultato	Valutazione		
				PO	coord.	indiv id.
gestire le ferie	100% ferie anno corrente e abbattimento ferie pregresse: per il personale con residuo ferie al 1/1/13 >6 gg: ridurre il residuo ferie al 1/1/13 di almeno il 10%; b) per il personale con residuo ferie al 1/1/13 ≤6 gg: residuo ferie al 1/1/14 ≤6 gg.	perseguire nel percorso di abbattimento del residuo ferie 3.002 gg	in linea	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso.

2.857 gg. Tenendo conto delle lunghe assenze le giornate di ferie ricalcolate diventano 3.073 e pertanto l'obiettivo viene considerato raggiunto.

monte ore di straordinario	numero di ore di straordinario	2.500 Ore	100%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----------------------------	--------------------------------	-----------	------	--------------------------	-------------------------------------	--------------------------

752 ore

applicazione del regolamento sull'orario di lavoro del personale del comparto (delibera n. 90 del 17.05.2011)	1. presentazione entro il 31 dicembre 2013 di un piano di liquidazione/recupero dell'eccedenza oraria maturata al 30.09.2013	applicazione del regolamento	in linea	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--	------------------------------	----------	--------------------------	-------------------------------------	--------------------------

con nota prot. 62/Dip. OM del 30.12.2013, la posizione organizzativa del dipartimento ha presentato il piano di recupero dell'eccedenza oraria in linea con quanto previsto dall'indicatore.

## GESTIONE RISORSE UMANE E ORGANIZZAZIONE

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato		PO	coord.	indiv id.
partecipazione del personale del dipartimento a specifiche attività formative individuate dalle direzioni con priorità a quelle riguardanti il rispetto del codice di protezione dei dati personali	partecipazione di almeno 3 unità di personale del comparto a ciascuna attività formativa indicata dalle Direzioni (le attività formative verranno segnalate ad hoc)	evidenza della partecipazione	in linea		x	x	x

### Iniziative individuate dalle direzioni:

- incontri formativi in materia di codice di protezione dei dati personali: 55 partecipanti

- incontri formativi in materia di attuazione delle misure anticorruzione (prot. 9893/DG del 28.05): 9 partecipanti

Procedura per la formazione e valorizzazione del neoassunto, compresi i contratti atipici	monitoraggio a campione da parte della dir. san. della scheda di valutazione. Il campione deve riguardare almeno il 50% del personale inserito nel 2013 con eventuali approssimazioni per eccesso (es.: 1 =1, 3= 2)	Applicazione della procedura definita nel 2011	non valutabile		x	x	
---	---	--	----------------	--	---	---	--

Non ci sono stati neoassunti

## INDICATORI DI QUALITÀ DELL'ASSISTENZA

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato		PO	coord.	indiv id.
Condivisione degli strumenti di valutazione del dolore a livello regionale. La registrazione in cartella deve comprendere le caratteristiche del dolore, i farmaci utilizzati, i dosaggi e il risultato antalgico.	- Presenza in cartella della valutazione del dolore almeno (>) nel 95% dei casi; - Rivalutazione almeno (>) nel 95% dei casi. I tempi e le modalità di rilevazione sono quelli previsti nel programma regionale del rischio e del governo clinico	garantire al paziente l'applicazione delle strategie di controllo del dolore	100,00%	10%	x	x	x

98,52% prima rilevazione

97,95% rivalutazione

campione di 135 cartelle (monitoraggio direzione sanitaria)

# INDICATORI DI QUALITÀ DELL'ASSISTENZA

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato		PO	coord.	indiv id.
<b>mantenimento di un buon livello di qualità percepita attraverso la lettura dei risultati ottenuta dall'elaborazione dei dati quali-quantitativi "indagine soddisfazione 2013"</b>	1. somministrazione dei questionari nel trimestre set-nov 2013 2. garantire almeno il 90% di risposte "buono" o "molto buono" per ogni domanda di pertinenza del personale del comparto del dipartimento	<b>evidenza della realizzazione degli indicatori</b>	<b>in linea</b>			x	x

1. la raccolta dei questionari è stata effettuata nel trimestre sett-nov 2013. Sono stati complessivamente raccolti 171 questionari tra le persone degenti e familiari e 1600 tra le persone afferenti alle attività ambulatoriali e day hospital.

I questionari somministrati ai pazienti ricoverati ammettevano la scelta tra 6 tipi di risposte, 3 negative (molto scadente, scadente ed insufficiente) e 3 positive (sufficiente, buono e molto buono).

I questionari a pazienti ambulatoriali e dh ammettevano la scelta tra 4 tipi di risposte, 2 negative (per nulla sufficiente e non soddisfacente) e 2 positive (soddisfacente e molto buono).

In entrambi i casi per una più facile lettura dei risultati ottenuti, sono stati elaborati i dati estrapolando le opzioni negative e positive inglobandole secondo criteri statistici-epidemiologici in due distinte categorie insoddisfatti e soddisfatti.

2. i risultati evidenziano solo un caso inferiore al target stabilito (84,77%) che riguarda la soddisfazione espressa relativamente al rispetto dell'orario di appuntamento ovvero all'attesa in sala per le visite di oncologia medica e per il percorso del dh di oncologia medica. La direzione sanitaria, tenuto conto delle variabili clinico-mediche che incidono sui tempi di attesa in sala, ritiene di considerare il risultato ottenuto in linea con l'obiettivo assegnato al personale del comparto.

**% raggiungimento ob. incentivati**

**% valutazione**

Totale raggiungimento obiettivi valutati

99,94%

100,00%

Approvato dall'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance

**ATTIVITÀ**

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato		PO	coord.	indiv id.
supporto al raggiungimento dei volumi di attività	radioterapia e fisica sanitaria: valore attività derivante dai trattamenti terapeutici fissato nel budget 2013 radiologia: valore attività diagnostica fissato nel budget 2013 medicina nucleare: numero di pet fissato nel budget 2013	rispetto degli obiettivi definiti nella programmazione 2013	100,00%	90%	x	x	x

media dei raggiungimenti delle strutture: 100%

**GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO**

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato		PO	coord.	indiv id.
certificazione e accreditamento	certificazione ISO 9001-2008: predisposizione del manuale di qualità della struttura di radiologia e di medicina nucleare	evidenza dell'attuazione dell'indicatore	non in linea		x	x	x

Il manuale della medicina nucleare è stato predisposto entro il 31.12.2013  
il manuale della radiologia non è stato completato

certificazione e accreditamento	certificazione ISO 9001-2008 : rispetto delle scadenze ed esito positivo delle eventuali visite di sorveglianza	rispetto degli adempimenti previsti nel 2013 ed esito positivo delle eventuali visite di sorveglianza	in linea		x	x	x
---------------------------------	---	---	----------	--	---	---	---

Nel mese di ottobre 2013 si è svolta la visita di rinnovo della certificazione da parte dell'ente certificante (Bureau Veritas). La struttura ha ottenuto la certificazione con Non Conformità e/o osservazioni

partecipazione al programma di accreditamento internazionale	L'Ente accreditante conferma l'accREDITamento internazionale per l'Istituto	conferma dell'accREDITamento internazionale (l'obiettivo si intende raggiunto anche nel caso di accREDITamento con prescrizione)	100,00%	10%	x	x	x
--	---	--	---------	-----	---	---	---

Accreditation Canada con nota del 27.03.2013 ha riconosciuto al CRO l'accREDITamento livello PLATINO con raccomandazioni alle quali è stato risposto con esito positivo.

# GESTIONE RISORSE UMANE E ORGANIZZAZIONE

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato		PO	coord.	indiv id.
gestire le ferie	100% ferie anno corrente e abbattimento ferie pregresse: per il personale con residuo ferie al 1/1/13 >6 gg: ridurre il residuo ferie al 1/1/13 di almeno il 10%; b) per il personale con residuo ferie al 1/1/13 ≤6 gg: residuo ferie al 1/1/14 ≤6 gg.	proseguire nel percorso di abbattimento del residuo ferie 2.453 gg	in linea	<input type="checkbox"/>	x	x	<input type="checkbox"/>

nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso.

**2.422 gg. Tenendo conto delle lunghe assenze le giornate di ferie ricalcolate diventano 2.477 e pertanto l'obiettivo viene considerato raggiunto.**

monte ore di straordinario	numero di ore di straordinario	2.000 Ore	100%	<input type="checkbox"/>	x	x	<input type="checkbox"/>
----------------------------	--------------------------------	-----------	------	--------------------------	---	---	--------------------------

**1.249 ore**

applicazione del regolamento sull'orario di lavoro del personale del comparto (delibera n. 90 del 17.05.2011)	1. presentazione entro il 31 dicembre 2013 di un piano di liquidazione/recupero dell'eccedenza oraria maturata al 30.09.2013	applicazione del regolamento	in linea	<input type="checkbox"/>	x	x	<input type="checkbox"/>
---	--	------------------------------	----------	--------------------------	---	---	--------------------------

**con nota prot. 85/RT del 23.12.2013, la posizione organizzativa del dipartimento ha presentato il piano di recupero dell'eccedenza oraria in linea con quanto previsto dall'indicatore.**

partecipazione del personale del dipartimento a specifiche attività formative individuate dalle direzioni con priorità a quelle riguardanti il rispetto del codice di protezione dei dati personali	partecipazione di almeno 3 unità di personale del comparto a ciascuna attività formativa indicata dalle Direzioni (le attività formative verranno segnalate ad hoc)	evidenza della partecipazione	in linea	<input type="checkbox"/>	x	x	x
---	---	-------------------------------	----------	--------------------------	---	---	---

**Iniziative individuate dalle direzioni:**

**- incontri formativi in materia di codice di protezione dei dati personali: 63 partecipanti**

**- incontri formativi in materia di attuazione delle misure anticorruzione (prot. 9893/DG del 28.05): 10 partecipanti**

Procedura per la formazione e valorizzazione del neoassunto, compresi i contratti atipici	monitoraggio a campione da parte della dir. san. della scheda di valutazione. Il campione deve riguardare almeno il 50% del personale inserito nel 2013 con eventuali approssimazioni per eccesso (es.: 1 =1, 3= 2)	Applicazione della procedura definita nel 2011	in linea	<input type="checkbox"/>	x	x	<input type="checkbox"/>
---	---	--	----------	--------------------------	---	---	--------------------------

**il monitoraggio sull'applicazione della procedura nel 2013 è positivo (1 neassunto).**

## GOVERNO DEI TEMPI DI ATTESA

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato		PO	coord.	indiv id.
Rispetto dei tempi di attesa	produzione dello studio di fattibilità	progetto riorganizzativo finalizzato a verificare la fattibilità dell'attivazione del doppio turno per un secondo acceleratore entro il 1° semestre	in linea		x		

con nota prot. 35/RT del 20 maggio 2013 il direttore della struttura di radioterapia ha presentato un progetto per il rispetto dei tempi di attesa

## INDICATORI DI QUALITÀ DELL'ASSISTENZA

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato		PO	coord.	indiv id.
mantenimento di un buon livello di qualità percepita attraverso la lettura dei risultati ottenuta dall'elaborazione dei dati quali-quantitativi "indagine soddisfazione 2013"	1. somministrazione dei questionari nel trimestre set-nov 2013 2. garantire almeno il 90% di risposte "buono" o "molto buono" per ogni domanda di pertinenza del personale del comparto del dipartimento	evidenza della realizzazione degli indicatori	100,00%			x	x

1. la raccolta dei questionari è stata effettuata nel trimestre sett-nov 2013. Sono stati complessivamente raccolti 171 questionari tra le persone degenti e familiari e 1600 tra le persone afferenti alle attività ambulatoriali e day hospital.

I questionari somministrati ai pazienti ricoverati ammettevano la scelta tra 6 tipi di risposte, 3 negative (molto scadente, scadente ed insufficiente) e 3 positive (sufficiente, buono e molto buono).

I questionari a pazienti ambulatoriali e dh ammettevano la scelta tra 4 tipi di risposte, 2 negative (per nulla sufficiente e non soddisfacente) e 2 positive (soddisfacente e molto buono).

In entrambi i casi per una più facile lettura dei risultati ottenuti, sono stati elaborati i dati estrapolando le opzioni negative e positive inglobandole secondo criteri statistici-epidemiologici in due distinte categorie insoddisfatti e soddisfatti.

2. i risultati sono tutti superiori al 90%.

## PROGRAMMI DI SCREENING

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato		PO	coord.	indiv id.
mandare a regime il percorso one day diagnosis già sperimentato a fine 2011 e trasmesso alla Direzione Centrale Salute a novembre 2012 con nota prot. 17514/S	è garantito il percorso one day diagnosis per gli approfondimenti da screening regionale dal momento dell'avvio da parte della Direzione Centrale e comunque per un numero complessivo di casi (anche non di screening) non inferiori a 50.	tutti i casi provenienti da screening reg. sono processati secondo il protoc. One day dall'avvio da parte della D.C.. Le eventuali eccezioni devono essere adeguatamente motivate. Complessivam. sarà processato un n. di casi (anche non screening) non < 50	100%		x	x	x

n. 83 pazienti trattati di cui 11 nell'ambito del programma di screening regionale organizzato

**% raggiungimento ob.  
incentivati**

**%  
valutazione**

Totale raggiungimento obiettivi valutati

**100,00%**

**100,00%**

Approvato dall'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance

**ASSISTENZA FARMACEUTICA**

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato		PO	coord.	indiv id.
gestire l'unità farmaci antiblastici	contribuire alla produzione personalizzata dei trattamenti chemioterapici	evasione del 100% della domanda di copertura turni	100,00%	40%	x		

sono stati garantiti i turni (nota prot. 06/DRT/14 del 14.01.2014)

**ATTIVITÀ**

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato		PO	coord.	indiv id.
supporto al raggiungimento dei volumi di attività delle strutture del dipartimento	valore attività ambulatoriale e valore impact factor normalizzato fissati nel budget 2013 delle strutture operative del dipartimento	rispetto degli obiettivi definiti nella programmazione 2013	100,00%	15%	x	x	x

media dei raggiungimenti delle strutture: 100%

**GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO**

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato		PO	coord.	indiv id.
certificazione e accreditamento	Certificazione ISO 9001-2008: 1. estensione del manuale di qualità a tutte le strutture del dipartimento di ricerca traslazionale 2. predisposizione del manuale di qualità delle singole strutture	revisione del manuale di qualità dipartimentale e predisposizione del manuale delle singole strutture	in linea				x

E' stata fatta la revisione del manuale di qualità del dipartimento e i manuali di qualità delle singole strutture operative (nota prot. 170/DRT/13 del 26.11.2013).

certificazione e accreditamento	è conseguito l'accreditamento internazionale secondo lo standard JACIE (l'obiettivo si intende raggiunto anche nel caso di accreditamento con prescrizione)	accreditamento internazionale jacie	100,00%	20%	x	x	x
------------------------------------	---	--	---------	-----	---	---	---

Nel mese di settembre 2013 si è svolta la visita di accreditamento da parte di JACIE e CNT/CNS. L'esito è stato positivo con alcune osservazioni alle quali dare risposta entro 4 mesi.

## GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato		PO	coord.	indiv id.
certificazione e accreditamento	certificazione ISO 9001-2008 : rispetto delle scadenze ed esito positivo delle eventuali visite di sorveglianza	rispetto degli adempimenti previsti nel 2013 ed esito positivo delle eventuali visite di sorveglianza	in linea		x	x	x

Nel mese di ottobre 2013 si è svolta la visita di rinnovo della certificazione da parte dell'ente certificante (Bureau Veritas). La struttura ha ottenuto la certificazione con Non Conformità e/o osservazioni. Le azioni correttive per le due non conformità andranno documentate all'ente certificante entro 6 mesi.

partecipazione al programma di accreditamento internazionale	L'Ente accreditante conferma l'accREDITamento internazionale per l'Istituto	conferma dell'accREDITamento internazionale (l'obiettivo si intende raggiunto anche nel caso di accREDITamento con prescrizione)	100,00%	25%	x	x	x
--	---	--	---------	-----	---	---	---

Accreditation Canada con nota del 27.03.2013 ha riconosciuto al CRO l'accREDITamento livello PLATINO con raccomandazioni alle quali è stato risposto con esito positivo.

definizione a livello dipartimentale delle job description e/o revisione di quelle esistenti per le attività di segreteria e definizione piani di lavoro, conseguenti all'attivazione del nuovo dipartimento	entro il 30 giugno è stata effettuata la revisione e sono stati definiti i piani di lavoro	- definire e/o rivedere le job description delle attività di segreteria del dipartimento; - predisporre i conseguenti piani di lavoro delle attività di segreteria del dipartimento	in linea		x	x	x
--	--	--	----------	--	---	---	---

Con nota prot. 84/DRT/13 del 20.06.2013 sono state trasmesse la scheda delle Job Description del dipartimento e i piani di lavoro della segreteria unica del dipartimento, della segreteria della SOC di anatomia patologica, della SOC di oncologia sperimentale 1, della SOC di oncologia sperimentale 2 e della SOC di farmacologia clinico sperimentale.

## GESTIONE RISORSE UMANE E ORGANIZZAZIONE

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato		PO	coord.	indiv id.
gestire le ferie	100% ferie anno corrente e abbattimento ferie pregresse: per il personale con residuo ferie al 1/1/13 >6 gg: ridurre il residuo ferie al 1/1/13 di almeno il 10%; b) per il personale con residuo ferie al 1/1/13 ≤6 gg: residuo ferie al 1/1/14 ≤6 gg.	proseguire nel percorso di abbattimento del residuo ferie 2.372 gg	in linea		x	x	

nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso.

2.397 gg

# GESTIONE RISORSE UMANE E ORGANIZZAZIONE

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato		PO	coord.	indiv id.
monte ore di straordinario	numero di ore di straordinario	1500 Ore	100%		x	x	
1.365							
applicazione del regolamento sull'orario di lavoro del personale del comparto (delibera n. 90 del 17.05.2011)	1. presentazione entro il 31 dicembre 2013 di un piano di liquidazione/recupero dell'eccedenza oraria maturata al 30.09.2013	applicazione del regolamento	in linea		x	x	
con nota prot. 196/13 del 20.12.2013, la posizione organizzativa del dipartimento ha presentato il piano di recupero dell'eccedenza oraria in linea con quanto previsto dall'indicatore.							
partecipazione del personale del dipartimento a specifiche attività formative individuate dalle direzioni con priorità a quelle riguardanti il rispetto del codice di protezione dei dati personali	partecipazione di almeno 3 unità di personale del comparto a ciascuna attività formativa indicata dalle Direzioni (le attività formative verranno segnalate ad hoc)	evidenza della partecipazione	in linea		x	x	x
Iniziative individuate dalle direzioni: - incontri formativi in materia di codice di protezione dei dati personali: 64 partecipanti - incontri formativi in materia di attuazione delle misure anticorruzione (prot. 9893/DG del 28.05): 15 partecipanti							
Procedura per la formazione e valorizzazione del neoassunto, compresi i contratti atipici	monitoraggio a campione da parte della dir. san. della scheda di valutazione. Il campione deve riguardare almeno il 50% del personale inserito nel 2013 con eventuali approssimazioni per eccesso (es.: 1 =1, 3= 2)	Applicazione della procedura definita nel 2011	in linea		x	x	
il monitoraggio sull'applicazione della procedura nel 2013 è positivo (1 neoassunto).							
			% raggiungimento ob. incentivati	% valutazione			
Totale raggiungimento obiettivi valutati			100,00%	100,00%			

MONITORAGGIO BUDGET 2013 - DIREZIONE GENERALE

Approvato dall'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance

Centro Attività Formative

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione retr. risultato	Valutazione respons. individ.			
<b>Grado di Raggiungimento</b>							
<b>Amministrazione Trasparente di cui al D. Lgs. N. 33 del 14.03.2013</b>	- individuazione dei referenti incaricati alla pubblicazione dei dati/informazioni - collaborazione, con il responsabile della trasparenza e con gli altri componenti della "rete per la trasparenza e la prevenzione della corruzione", alla predisposizione entro il 31.12 di un sintetico prospetto riepilogativo sullo stato di attuazione del programma secondo le indicazioni contenute nelle delibere CiVIT	<b>garantire la pubblicazione dei dati/informazioni nella sezione amministrazione trasparente del sito dell'Istituto</b>	100,00%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>- l'individuazione del referente incaricato è stata effettuata verso la fine dell'anno, dopo l'assegnazione di una unità di personale alla segreteria del CAF e il relativo addestramento sul campo, come da accordi con il Direttore Generale.</p> <p>- La CiVIT (ora A.N.AC.) ha posticipato al 31.01.2014 l'attestazione dell'OIVP sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione. L'attività di monitoraggio da parte dell'Istituto è stata comunque effettuata attraverso tre rilevazioni in data 30 settembre (secondo le indicazioni civit), 23 ottobre e 02.01.2014 con riferimento al 31.12.2013.</p>							
<b>Amministrazione Trasparente di cui al D. Lgs. N. 33 del 14.03.2013</b>	rispetto, per quanto di competenza della struttura/ufficio, degli obblighi informativi sintetizzati nelle tabelle della bozza del programma triennale per la trasparenza e l'integrità 2013-2015	<b>garantire la pubblicazione dei dati/informazioni nella sezione amministrazione trasparente del sito dell'Istituto</b>	100,00%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<p>In adempimento a quanto previsto dalla delibera n. 77 dell'A.NA.C., l'OIVP in data 21.01.2014 ha attestato "la veridicità e l'attendibilità, alla data dell'attestazione, di quanto riportato nell'Allegato 1 della delibera 77 rispetto a quanto pubblicato sul sito dell'amministrazione. Fermo restando che in alcuni casi problemi tecnici (dettagliati nelle apposite note previste dall'allegato 1) non hanno consentito la pubblicazione al 31/12/2013 ma nei primi giorni di gennaio 2014".</p>							
<b>Formazione del personale sanitario e non sanitario nell'ambito della riservatezza e della privacy</b>	programmazione ed effettuazione di almeno 5 corsi di formazione	<b>evidenza della realizzazione degli eventi formativi richiesti</b>	100,00%	<input type="checkbox"/>	50%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<p>Si sono svolti 7 corsi "Tutela della privacy, diritto di accesso e consultabilità dei documenti degli archivi" nelle giornate del 14, 20 e 27 Marzo, 15 e 29 Aprile, 10 e 20 Maggio 2013. I registri firma sono stati consegnati al Responsabile della privacy per una verifica del tasso di partecipazione del personale alla formazione.</p>							

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
<b>Grado di Raggiungimento</b>						
Formazione degli operatori con il metodo della medicina narrativa	Preparazione di un progetto e realizzazione di almeno 3 eventi formativi	1. evidenza, presenza e approvazione progetto; 2. evidenza della realizzazione di almeno 3 eventi formativi e relativa rendicontazione	100,00%	50%	x	x

è stato predisposto un planning della formazione del 2013, che ha incluso i seguenti eventi formativi:

- 3 seminari di 2 giornate su Medicina Narrativa e Benessere dei lavoratori 21 – 22 marzo 13 - 14 giugno, 19 – 20 settembre
- 2 seminari di 2 pomeriggi ciascuno sulle competenze narrative per formatori a maggio e novembre 15 e 17 maggio, 7 – 8 novembre
- 1 convegno di medicina narrativa 24 ottobre
- 3 workshops di 1 pomeriggio ciascuno su Medicina narrativa e scrittura riflessiva 23 ottobre, 21 novembre, 2 dicembre

	<b>% raggiungimento ob. incentivati</b>	<b>% valutazione</b>
Totale raggiungimento obiettivi valutati	100,00%	100,00%

MONITORAGGIO BUDGET 2013 - DIREZIONE GENERALE

Approvato dall'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance

Servizio prevenzione e protezione aziendale

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato	altro personale	respons.	individ.
Grado di Raggiungimento						
Definizione della procedura riguardante lo svolgimento della seduta vaccinale al CRO	Stesura procedura e relativa modulistica con coinvolgimento del medico competente e dell'anestesista	evidenza di stesura della procedura e relativa modulistica entro il 31.12	100,00%	25%	50%	x x

**l'istruzione operativa revisione 0 "svolgimento della seduta vaccinale e intradermoreazione Manotux" è stata trasmessa dal servizio di sorveglianza sanitaria al direttore generale con nota prot. 22365/DG del 23.12.2013.**

Predisposizione della procedura di gestione delle istanze relative agli infortuni e malattie professionali da parte degli Organismi di controllo (es. INAIL, dipartimento di prevenzione di area vasta).	Elaborazione della procedura Operativa	trasmissione della procedura alle direzioni entro il 31.12	100,00%	25%	50%	x x
--	--	--	---------	-----	-----	-----

**Con nota prot. n. 22793 del 31.12.2013, il responsabile S.P.P.A. ha trasmesso la procedura di gestione ai direttori generale e sanitario.**

Revisione del pacchetto formativo per il rischio da movimentazione dei carichi introducendo tecniche di osservazione del comportamento ai fini della sicurezza da parte dei Coordinatori / operatori	revisione e realizzazione del pacchetto formativo	evidenza della formazione entro il 31.12	100,00%	25%		x
--	---	--	---------	-----	--	---

**è stato progettato il corso "La corretta movimentazione dei pazienti in regime di ricovero" La prima sessione del corso si è svolta nelle date del 10-11/12 (nota prot. 22792/SPPA del 31.12.2013)**

Revisione delle Procedure Gestione Piani di Lavoro con giudizio di idoneità condizionata da parte del medico competente	Rielaborazione della Procedura a fronte delle osservazioni raccolte nel 2012 da parte degli utilizzatori finali della procedura	Trasmissione della procedura revisionata alle Direzioni entro il 30.06	100,00%	25%		x x
---	---	--	---------	-----	--	-----

**Con nota prot. 12001 del 28.06.2013, il responsabile S.P.P.A. ha trasmesso la procedura ai direttori generale e sanitario**

<b>% raggiungimento ob. incentivati</b>		<b>% valutazione</b>	
Totale raggiungimento obiettivi valutati		100,00%	100,00%

MONITORAGGIO BUDGET 2013 - DIREZIONE GENERALE

Approvato dall'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance

Ufficio relazioni con il pubblico

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
Grado di Raggiungimento						
corretta gestione dei reclami	95% dei reclami sono evasi entro 30 giorni salvo i ritardi non imputabili all'URP debitamente documentati.	evasione delle risposte ai reclami entro i tempi previsti dalla normativa (30 giorni)	100,00%	30%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

nel 2013 sono stati registrati 79 reclami (esclusi 9 nei confronti del bar interno non gestito dal CRO, 1 avvocato a sé dalla Direzione sanitaria a causa della delicatezza e complessità dell'evento segnalato e quelli in forma anonima) Di questi 69:

- 13 hanno superato i 30 gg a causa di consistenti ritardi derivati dalla scarsa collaborazione da parte dei professionisti coinvolti, ai quali erano state richieste in tempo utile e sollecitate le controdeduzioni sui fatti contestati
- 19 non hanno ancora avuto risposta da parte della struttura per scarsa collaborazione da parte dei professionisti coinvolti
- 1 ha superato i 30 giorni (32 giorni) per ferie dell'unico referente dell'urp

garantire il rispetto del codice in materia di protezione dei dati personali (D.L.vo 196/2003)	<ol style="list-style-type: none"> <li>supporto ai pazienti ambulatoriali (esclusi esenti per patologia) alla compilazione del consenso</li> <li>raccolta dei consensi espressi dai pazienti ambulatoriali (esclusi esenti per patologia)</li> <li>inserimento nel sistema GECO dei consensi di cui al punto 2</li> </ol>	garantire le attività correlate all'alimentazione del sistema GECO (relazione del responsabile)	100,00%	30%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
--	---	---	---------	-----	--------------------------	-------------------------------------

1. L'ufficio ha contribuito all'obiettivo volto a garantire il rispetto del codice in materia di protezione dei dati personali offrendo supporto ai pazienti ambulatoriali per la compilazione del modulo del consenso.
2. ha raccolto i consensi
3. ha contribuito all'inserimento dei dati nel sistema GECO.

rilevazione della qualità percepita con strumento già utilizzato nel 2012 in 3 mesi consecutivi settembre e novembre.	<ol style="list-style-type: none"> <li>distribuzione del questionario alle singole strutture operative;</li> <li>raccolta dei questionari per l'elaborazione dei dati;</li> <li>report finale dei risultati ottenuti e valutazione di eventuali interventi correttivi effettivamente attuabili</li> </ol>	sorveglianza dei fattori di osservazione contenuti nello strumento di rilevazione al fine di intervenire in modo appropriato sulle criticità	100,00%	40%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
---	---	--	---------	-----	--------------------------	-------------------------------------

La raccolta dei questionari è stata effettuata nel trimestre sett-nov 2013. Sono stati complessivamente raccolti 171 questionari tra le persone degenti e familiari e 1600 tra le persone afferenti alle attività ambulatoriali e day hospital. I report dei risultati ottenuti sono stati inviati con mail del febbraio 2014 e il report finale con la valutazione di eventuali interventi correttivi è stata trasmesso con nota prot. 9556/CG del 13.06.2014

Totale raggiungimento obiettivi valutati	% raggiungimento ob. incentivati	% valutazione
100,00%	100,00%	100,00%

MONITORAGGIO BUDGET 2013 - SOC AFFARI GENERALI E POLITICHE DEL PERSONALE

Approvato dall'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance

Ufficio Affari generali e legali

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
<b>Grado di Raggiungimento</b>						
<b>Amministrazione Trasparente di cui al D. Lgs. n. 33 del 14.03.2013</b>	- individuazione dei referenti incaricati alla pubblicazione dei dati/informazioni - collaborazione, con il responsabile della trasparenza e con gli altri componenti della "rete per la trasparenza e la prevenzione della corruzione", alla predisposizione entro il 31.12 di un sintetico prospetto riepilogativo sullo stato di attuazione del programma secondo le indicazioni contenute nelle delibere CiVIT	<b>garantire la pubblicazione dei dati/informazioni nella sezione amministrazione trasparente del sito dell'Istituto</b>	in linea	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	x	<input type="checkbox"/>
<p>- I referenti incaricati alla pubblicazione dei dati/informazioni hanno partecipato all'incontro formativo "modalità di pubblicazione delle informazioni/dati sul sito internet" organizzato in data 17.10.2013.</p> <p>- La CiVIT (ora A.N.AC.) ha posticipato al 31.01.2014 l'attestazione dell'OIVP sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione. L'attività di monitoraggio da parte dell'Istituto è stata comunque effettuata attraverso tre rilevazioni in data 30 settembre (secondo le indicazioni civit), 23 ottobre e 02.01.2014 con riferimento al 31.12.2013.</p>						
<b>Amministrazione Trasparente di cui al D. Lgs. n. 33 del 14.03.2013</b>	rispetto, per quanto di competenza della struttura/ufficio, degli obblighi informativi sintetizzati nelle tabelle della bozza del programma triennale per la trasparenza e l'integrità 2013-2015	<b>garantire la pubblicazione dei dati/informazioni nella sezione amministrazione trasparente del sito dell'Istituto</b>	100,00%	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	x	x
<p>In adempimento a quanto previsto dalla delibera n. 77 dell'A.NA.C., l'OIVP in data 21.01.2014 ha attestato "la veridicità e l'attendibilità, alla data dell'attestazione, di quanto riportato nell'Allegato 1 della delibera 77 rispetto a quanto pubblicato sul sito dell'amministrazione. Fermo restando che in alcuni casi problemi tecnici (dettagliati nelle apposite note previste dall'allegato 1) non hanno consentito la pubblicazione al 31/12/2013 ma nei primi giorni di gennaio 2014".</p>						
<b>applicazione del regolamento sull'orario di lavoro del personale del comparto (delibera n. 90 del 17.05.2011)</b>	1. presentazione entro il 31 dicembre 2013 di un piano di liquidazione/recupero dell'eccedenza oraria maturata al 30.09.2013	<b>applicazione del regolamento</b>	in linea	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	x	<input type="checkbox"/>
<p>con nota prot. 22776/CG del 31.12.2013, il dirigente dell'ufficio ha presentato il piano di recupero dell'eccedenza oraria in linea con quanto previsto dall'indicatore.</p>						

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
<b>Grado di Raggiungimento</b>						
completare il percorso di firma digitale degli atti deliberativi tramite il sistema informativo ADWEB	1. abilitazione e/o implementazione delle funzioni di firma digitale dei direttori e dei facenti funzione/sostituti 2. avvio del sistema entro il 30 settembre 2013	tutte le delibere sono firmate digitalmente dai direttori che esprimono il parere e dagli organi deliberanti	100,00%	64%	x	x
<p>Nel mese di settembre, nel corso della attività di completamento del percorso di firma digitale delle delibere si è evidenziato il problema della numerazione progressiva degli atti deliberativi; in particolare il software non permette di integrare l'atto firmato digitalmente con gli estremi della delibera (numero e data) e questo costringeva all'adozione dell'atto prima della firma dei direttori. Il problema è stato risolto sdoppiando il documento finale, costituito quindi da un file contenente il testo della delibera firmata digitalmente (formato pdf) e un secondo file creato dopo l'adozione dell'atto contenente gli estremi della delibera (formato rtf). Un ulteriore problema che ha comportamento un allungamento dei tempi di completamento del percorso è stato rappresentato dalla firma del provvedimento da parte dei direttori in momenti diversi che è stato oggetto di valutazione anche del Collegio Sindacale. Tali revisioni della procedura hanno reso possibile il completamento del percorso di firma digitale solo a partire dal 10.12.2013. nota del Responsabile del 30/6/14 prot.n.10154/CG</p>						
Procedure di controllo di regolarità amministrativa e contabile degli atti degli uffici	1. stesura della procedura entro il 30.06.2013 2. applicazione della procedura a partire dal 2° semestre	evidenza dell'attuazione degli indicatori	100,00%	36%	x	x
<p>1. con nota prot. 11919/CG del 27.06.2013 sono state trasmesse le procedure di controllo dell'ufficio affari generali. 2. con note prot. 22646/DG del 30.12.2013 e nota prot. 10520/CG del 04.07.2014 è stata data evidenza dei controlli effettuati nel rispetto della procedura.</p>						
responsabile aziendale della prevenzione della corruzione (L. 190/2012)	1. entro il 31.03 predisposizione secondo la L. 190/2012 del piano anticorruzione 2. entro il 31.12 presentazione della bozza del piano anno 2014	rispetto delle tempistiche previste dalla norma	in linea		x	
<p>nel progetto è coinvolto solo il responsabile aziendale della prevenzione della corruzione. Il progetto è correlato ad una quota pari a € 5.000 della produttività strategica della dirigenza SPTA.</p>						
<p>1. con delibera del direttore generale n. 56 del 27.03 è stato approvato il piano triennale di prevenzione della corruzione (2013-2015). 2. con lettera in data 12.12.2013 il Responsabile della Prevenzione della Corruzione ha trasmesso al Direttore Generale la Relazione annuale ai sensi dell'art. 1, comma 14, della L. n. 190/2012. In tale documento sono state riassunte le azioni intraprese nel corso dell'anno 2013. Nello stesso mese di dicembre sono intercorsi incontri con le direzioni aziendali volti a definire i contenuti del piano della prevenzione della corruzione che è stato approvato in via definitiva con deliberazione del direttore generale n. 32 in data 31.01.2014 sulla base della proposta di piano trasmessa dal responsabile la cui prima bozza risale al mese di dicembre 2013. (nota prot. 10154/CG del 01.07.2014)</p>						
revisione delle modalità di archiviazione	riorganizzazione delle voci di elenco dell'archivio istituzionale, aggiornamento e stralcio fascicoli obsoleti.	evidenza dell'attuazione dell'indicatore	non valutabile		x	x
<p>Questo obiettivo non è stato raggiunto in quanto una dipendente dell'ufficio, a partire dal 08.04.2013, è rimasta assente dal servizio per maternità e non è più rientrata in servizio nel 2013. Questa figura professionale è la dipendente che, sulla base delle conoscenze acquisite nell'ultimo decennio nell'ambito dell'Ufficio Protocollo, poteva dar corso alla riorganizzazione delle voci di elenco dell'archivio istituzionale; gli altri addetti all'Ufficio Protocollo, data la loro recente assegnazione all'Ufficio, non sono forniti della necessaria esperienza per poter svolgere tale attività, che presuppone una conoscenza storica delle pratiche e delle modalità di archiviazione. (nota prot. 10154/CG del 01.07.2014)</p>						

Totale raggiungimento obiettivi valutati

**% raggiungimento ob.  
incentivati**

**%  
valutazione**

**100,00%**

**100,00%**

MONITORAGGIO BUDGET 2013 - SOC AFFARI GENERALI E POLITICHE DEL PERSONALE

Approvato dall'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance

Ufficio Personale

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione retr. risultato	Valutazione respons. individ.
<b>Grado di Raggiungimento</b>				
<b>Amministrazione Trasparente di cui al D. Lgs. N. 33 del 14.03.2013</b>	- individuazione dei referenti incaricati alla pubblicazione dei dati/informazioni - collaborazione, con il responsabile della trasparenza e con gli altri componenti della "rete per la trasparenza e la prevenzione della corruzione", alla predisposizione entro il 31.12 di un sintetico prospetto riepilogativo sullo stato di attuazione del programma secondo le indicazioni contenute nelle delibere CiVIT	<b>garantire la pubblicazione dei dati/informazioni nella sezione amministrazione trasparente del sito dell'Istituto</b>	<b>in linea</b>	x
<p>- I referenti incaricati alla pubblicazione dei dati/informazioni hanno partecipato all'incontro formativo "modalità di pubblicazione delle informazioni/dati sul sito internet" organizzato in data 17.10.2013.</p> <p>- La CiVIT (ora A.N.AC.) ha posticipato al 31.01.2014 l'attestazione dell'OIVP sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione. L'attività di monitoraggio da parte dell'Istituto è stata comunque effettuata attraverso tre rilevazioni in data 30 settembre (secondo le indicazioni civit), 23 ottobre e 02.01.2014 con riferimento al 31.12.2013.</p>				
<b>Amministrazione Trasparente di cui al D. Lgs. N. 33 del 14.03.2013</b>	rispetto, per quanto di competenza della struttura/ufficio, degli obblighi informativi sintetizzati nelle tabelle della bozza del programma triennale per la trasparenza e l'integrità 2013-2015	<b>garantire la pubblicazione dei dati/informazioni nella sezione amministrazione trasparente del sito dell'Istituto</b>	<b>100,00%</b>	x
<p>In adempimento a quanto previsto dalla delibera n. 77 dell'A.NA.C., l'OIVP in data 21.01.2014 ha attestato "la veridicità e l'attendibilità, alla data dell'attestazione, di quanto riportato nell'Allegato 1 della delibera 77 rispetto a quanto pubblicato sul sito dell'amministrazione. Fermo restando che in alcuni casi problemi tecnici (dettagliati nelle apposite note previste dall'allegato 1) non hanno consentito la pubblicazione al 31/12/2013 ma nei primi giorni di gennaio 2014".</p>				
<b>applicazione del regolamento sull'orario di lavoro del personale del comparto (delibera n. 90 del 17.05.2011)</b>	1. presentazione entro il 31 dicembre 2013 di un piano di liquidazione/recupero dell'eccedenza oraria maturata al 30.09.2013	<b>applicazione del regolamento</b>	<b>in linea</b>	x
<p>con nota prot. 22759/P del 31.12.2013, il dirigente dell'ufficio ha presentato il piano di recupero dell'eccedenza oraria in linea con quanto previsto dall'indicatore.</p>				

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
<b>Grado di Raggiungimento</b>						
completare il percorso di firma digitale degli atti deliberativi tramite il sistema informativo ADWEB	1. abilitazione e/o implementazione delle funzioni di firma digitale dei direttori e dei facenti funzione/sostituti 2. avvio del sistema entro il 30 settembre 2013	tutte le delibere sono firmate digitalmente dai direttori che esprimono il parere e dagli organi deliberanti	100,00%	20%	x	x

Nel mese di settembre, nel corso della attività di completamento del percorso di firma digitale delle delibere si è evidenziato il problema della numerazione progressiva degli atti deliberativi; in particolare il software non permette di integrare l'atto firmato digitalmente con gli estremi della delibera (numero e data) e questo costringeva all'adozione dell'atto prima della firma dei direttori. Il problema è stato risolto sdoppiando il documento finale, costituito quindi da un file contenente il testo della delibera firmata digitalmente (formato pdf) e un secondo file creato dopo l'adozione dell'atto contenente gli estremi della delibera (formato rtf).

Un ulteriore problema che ha comportamento un allungamento dei tempi di completamento del percorso è stato rappresentato dalla firma del provvedimento da parte dei direttori in momenti diversi che è stato oggetto di valutazione anche del Collegio Sindacale.

Tali revisioni della procedura hanno reso possibile il completamento del percorso di firma digitale solo a partire dal 10.12.2013.

miglioramento del clima aziendale degli uffici del personale	1. riunione nel mese di marzo con evidenza delle problematiche esistenti in termini di collaborazione tra gli uffici 2. predisposizione di procedure che identificano le attività dei vari uffici 3. 2 riunioni mensili a partire dal mese di aprile di monitoraggio dello stato delle criticità evidenziate nella riunione di marzo o nelle riunioni successive 4. evidenza della risoluzione di almeno 80% delle criticità evidenziate nella riunione di marzo o nel corso delle riunioni successive	evidenza della realizzazione degli indicatori (relazione del responsabile)	100,00%	67%	x	x
--	---	--	---------	-----	---	---

1. le riunioni si sono tenute nelle giornate del 15 e 19 marzo.

2. tra la fine del mese di marzo e l'inizio di maggio si sono svolti i vari incontri al fine di ottenere una mappatura delle attività svolte, dei relativi flussi documentali e delle criticità. Nel mese di maggio e l'inizio del mese di giugno il personale ha inviato le varie schede di attività che hanno permesso l'individuazione di 4 ambiti di particolare criticità:

- parcellizzazione delle competenze
- frammentazione della gestione dei fondi contrattuali
- congestione della procedura riguardante le missioni
- controlli interni.

3. a partire dal mese di aprile e fino a dicembre si sono svolti regolarmente incontri con una frequenza media di n. 2 riunioni mensili di monitoraggio, sia sulle criticità riscontrate sia sugli interventi correttivi da porre in essere

4. parcellizzazione delle competenze: è stata effettuata una riorganizzazione degli uffici tramite disposizione/dislocazione diversa del personale che prevede l'utilizzo delle stanze in relazione ai compiti svolti. Frammentazione della gestione dei fondi contrattuali: non è stato possibile individuare un referente unico per la gestione integrata del trattamento economico. Il servizio personale ha comunque provveduto a gestire in modo unitario la tematica dei fondi contrattuali con particolare riferimento a quello relativo alla retribuzione di risultato/produttività

congestione della procedura riguardante le missioni: con nota prot. 22765/CG del 31.12.2013 è stato trasmesso il regolamento e la nuova modulistica in materia di gestione delle attività fuori sede.

Controlli interni: con nota prot. 22770 DEL 31.12.2013 è stata trasmessa la proposta di linee guida in materia di controlli interni.

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.

**Grado di Raggiungimento**

<b>Procedure di controllo di regolarità amministrativa e contabile degli atti degli uffici</b>	1. stesura della procedura entro il 30.06.2013	<b>evidenza dell'attuazione degli indicatori</b>	<b>100,00%</b>	<b>13%</b>	x	x
	2. applicazione della procedura a partire dal 2° semestre					

1. Con nota prot. 11886/DA del 27.06.2013 sono state trasmesse le procedure di controllo dell'ufficio politiche del personale.  
2. con mail del 31.12, il dirigente della struttura ha comunicato che il servizio personale ha provveduto ad effettuare le verifiche nel rispetto delle indicazioni operative esplicitate con nota prot. 11886/DA del 27.06.2013

	<b>% raggiungimento ob. incentivati</b>	<b>% valutazione</b>
<b>Totale raggiungimento obiettivi valutati</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>

## MONITORAGGIO BUDGET 2013 - SOC GESTIONE ECONOMICO-FINANZIARIA E CONTROLLO DI GESTIONE

Approvato dall'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato		respons.	individ.	
<b>Grado di Raggiungimento</b>							
Amministrazione Trasparente di cui al D. Lgs. n. 33 del 14.03.2013	rispetto, per quanto di competenza della struttura/ufficio, degli obblighi informativi sintetizzati nelle tabelle della bozza del programma triennale per la trasparenza e l'integrità 2013-2015	garantire la pubblicazione dei dati/informazioni nella sezione amministrazione trasparente del sito dell'Istituto	100,00%			x	x
<p>In adempimento a quanto previsto dalla delibera n. 77 dell'A.NA.C., l'OIVP in data 21.01.2014 ha attestato "la veridicità e l'attendibilità, alla data dell'attestazione, di quanto riportato nell'Allegato 1 della delibera 77 rispetto a quanto pubblicato sul sito dell'amministrazione. Fermo restando che in alcuni casi problemi tecnici (dettagliati nelle apposite note previste dall'allegato 1) non hanno consentito la pubblicazione al 31/12/2013 ma nei primi giorni di gennaio 2014".</p>							
Amministrazione Trasparente di cui al D. Lgs. n. 33 del 14.03.2013	- individuazione dei referenti incaricati alla pubblicazione dei dati/informazioni - collaborazione, con il responsabile della trasparenza e con gli altri componenti della "rete per la trasparenza e la prevenzione della corruzione", alla predisposizione entro il 31.12 di un sintetico prospetto riepilogativo sullo stato di attuazione del programma secondo le indicazioni contenute nelle delibere CiVIT	garantire la pubblicazione dei dati/informazioni nella sezione amministrazione trasparente del sito dell'Istituto	in linea			x	
<p>- I referenti incaricati alla pubblicazione dei dati/informazioni hanno partecipato all'incontro formativo "modalità di pubblicazione delle informazioni/dati sul sito internet" organizzato in data 17.10.2013. - La CiVIT (ora A.N.AC.) ha posticipato al 31.01.2014 l'attestazione dell'OIVP sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione. L'attività di monitoraggio da parte dell'Istituto è stata comunque effettuata attraverso tre rilevazioni in data 30 settembre (secondo le indicazioni civit), 23 ottobre e 02.01.2014 con riferimento al 31.12.2013.</p>							
definizione del nuovo albero dei centri di costo COAN in attuazione della struttura organizzativa definita dal nuovo atto aziendale	predisposizione del nuovo albero dei centri di costo in COAN	entro il 31.12 trasmissione al direttore amministrativo del nuovo albero dei centri di costo	100,00%		25%	x	x
<p>con nota prot. 22763/DA del 31.12.2013 è stata trasmessa la nuova struttura dei centri di costo della contabilità analitica</p>							
Procedure di controllo di regolarità amministrativa e contabile degli atti degli uffici	1. stesura della procedura entro il 30.06.2013 2. applicazione della procedura a partire dal 2° semestre	evidenza dell'attuazione degli indicatori	100,00%		75%	x	x
<p>1. Con note prot. 11992/B del 28.06.2013 e 11897/CG del 27.06.2013 sono state trasmesse le procedure di controllo dell'ufficio bilancio e dell'ufficio controllo di gestione. 2. Le procedure di controllo sono state effettuate dai due uffici così come risulta dal monitoraggio predisposto dai responsabili dei due uffici (nota prot. 9643/CG del 23.06.2014 e prot. 9748/B del 24.06.2014).</p>							

Totale raggiungimento obiettivi valutati

**% raggiungimento ob.  
incentivati**

**%  
valutazione**

**100,00%**

**100,00%**

L'obiettivo di equilibrio di bilancio, preconditione per ogni ulteriore valutazione dei risultati attesi incentivati sotto riportati del direttore di struttura complessa, risulta raggiunto (Delibera di Giunta Regione FVG n. 2025 del 31/10/14 - allegato 1)

### Centrale termica

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
<b>Grado di Raggiungimento</b>						
Supporto alle attività di metanizzazione della centrale termica	Continuità del funzionamento della centrale nella fase di transizione	passaggio da BTZ a metano entro fine 2013, ovvero allineamento con gli sviluppi progettuali del gestore (gestione esternalizzata)	100,00%	100%	x	x

La continuità dell'erogazione del calore è stata garantita, in linea con gli sviluppi progettuali definiti dal gestore terzo responsabile e validati dal CRO: il passaggio a metano ad uso riscaldamento è avvenuto nel corso del 2013.

	% raggiungimento ob. incentivati	% valutazione
Totale raggiungimento obiettivi valutati	100,00%	100,00%

## MONITORAGGIO BUDGET 2013 - SOC TECNOLOGIE ED INVESTIMENTI

Approvato dall'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance

L'obiettivo di equilibrio di bilancio, preconditione per ogni ulteriore valutazione dei risultati attesi incentivati sotto riportati del direttore di struttura complessa, risulta raggiunto (Delibera di Giunta Regione FVG n. 2025 del 31/10/14 - allegato 1)

### Portineria e centralino

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
<b>Grado di Raggiungimento</b>						
Gestione area camper secondo quanto previsto dal regolamento approvato col deliberazione 45/2012	continuità nella gestione	mantenimento dell'attività di gestione	100,00%	100%	x	x

La gestione viene svolta secondo quanto previsto dal regolamento di cui alla deliberazione 45/2012

	% raggiungimento ob. incentivati	% valutazione
Totale raggiungimento obiettivi valutati	100,00%	100,00%

## MONITORAGGIO BUDGET 2013 - SOC TECNOLOGIE ED INVESTIMENTI

Approvato dall'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance

L'obiettivo di equilibrio di bilancio, preconditione per ogni ulteriore valutazione dei risultati attesi incentivati sotto riportati del direttore di struttura complessa, risulta raggiunto (Delibera di Giunta Regione FVG n. 2025 del 31/10/14 - allegato 1)

### Servizio cucina e mensa

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
<b>Grado di Raggiungimento</b>						
applicazione del manuale HACCP revisionato nel 2012	i monitoraggi trimestrali del servizio dietetico evidenziano il rispetto delle norme igieniche nell'80% dei casi.	il manuale è applicato correttamente per quanto riguarda le norme igieniche	93,30%	100%	x	x

La scelta è stata di fare monitoraggi con frequenza crescente rispetto ad una cadenza trimestrale perché c'era necessità di "capire" i punti da migliorare (10 monitoraggi complessivi).  
Come risulta dai monitoraggi effettuati dall'Ufficio HACCP la media dei punteggi riscontrati nel corso delle dieci verifiche eseguite, agli atti presso l'Ufficio HACCP, è risultata pari al 74,64%.

	% raggiungimento ob. incentivati	% valutazione
Totale raggiungimento obiettivi valutati	93,30%	100,00%

## MONITORAGGIO BUDGET 2013 - SOC TECNOLOGIE ED INVESTIMENTI

Approvato dall'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance

L'obiettivo di equilibrio di bilancio, preconditione per ogni ulteriore valutazione dei risultati attesi incentivati sotto riportati del direttore di struttura complessa, risulta raggiunto (Delibera di Giunta Regione FVG n. 2025 del 31/10/14 - allegato 1)

### Servizio tecnico

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
<b>Grado di Raggiungimento</b>						
Supporto impiantistico per spostamento dei servizi nell'ambito dell'appalto di riorganizzazione architettonica del blocco degenze, con attività da svolgere al IV e V piano	svolgere le attività di supporto tecnico in linea con le necessità evidenziate dal cronoprogramma dei lavori	il trasferimento dei servizi/reparti è effettuato garantendo la continuità assistenziale	100,00%	100%	x	x

Tutte le attività richieste in relazione agli spostamenti dei reparti sono state garantite, consentendo l'avanzamento del cantiere e la prosecuzione delle opere di adeguamento sismico ed impiantistico senza interruzione delle attività sanitarie.

	<b>% raggiungimento ob. incentivati</b>	<b>% valutazione</b>
Totale raggiungimento obiettivi valutati	100,00%	100,00%

## MONITORAGGIO BUDGET 2013 - SOC TECNOLOGIE ED INVESTIMENTI

Approvato dall'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance

L'obiettivo di equilibrio di bilancio, preconditione per ogni ulteriore valutazione dei risultati attesi incentivati sotto riportati del direttore di struttura complessa, risulta raggiunto (Delibera di Giunta Regione FVG n. 2025 del 31/10/14 - allegato 1)

### Struttura Tecnologie, Investimenti ed acquisizione di beni e servizi

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato		respons.	individ.	
<b>Grado di Raggiungimento</b>							
<b>Amministrazione Trasparente di cui al D. Lgs. N. 33 del 14.03.2013</b>	- individuazione dei referenti incaricati alla pubblicazione dei dati/informazioni - collaborazione, con il responsabile della trasparenza e con gli altri componenti della "rete per la trasparenza e la prevenzione della corruzione", alla predisposizione entro il 31.12 di un sintetico prospetto riepilogativo sullo stato di attuazione del programma secondo le indicazioni contenute nelle delibere CiVIT	<b>garantire la pubblicazione dei dati/informazioni nella sezione amministrazione trasparente del sito dell'Istituto</b>	<b>in linea</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="x"/>	<input type="text"/>

- I referenti incaricati alla pubblicazione dei dati/informazioni hanno partecipato all'incontro formativo "modalità di pubblicazione delle informazioni/dati sul sito internet" organizzato in data 17.10.2013.

- La CiVIT (ora A.N.AC.) ha posticipato al 31.01.2014 l'attestazione dell'OIVP sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione. L'attività di monitoraggio da parte dell'Istituto è stata comunque effettuata attraverso tre rilevazioni in data 30 settembre (secondo le indicazioni civit), 23 ottobre e 02.01.2014 con riferimento al 31.12.2013.

## MONITORAGGIO BUDGET 2013 - SOC TECNOLOGIE ED INVESTIMENTI

Approvato dall'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance

L'obiettivo di equilibrio di bilancio, preconditione per ogni ulteriore valutazione dei risultati attesi incentivati sotto riportati del direttore di struttura complessa, risulta raggiunto (Delibera di Giunta Regione FVG n. 2025 del 31/10/14 - allegato 1)

### Ufficio economato e provveditorato

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato		respons.	individ.	
<b>Grado di Raggiungimento</b>							
Amministrazione Trasparente di cui al D. Lgs. n. 33 del 14.03.2013	rispetto, per quanto di competenza della struttura/ufficio, degli obblighi informativi sintetizzati nelle tabelle della bozza del programma triennale per la trasparenza e l'integrità 2013-2015	garantire la pubblicazione dei dati/informazioni nella sezione amministrazione trasparente del sito dell'Istituto	100,00%			x	x

In adempimento a quanto previsto dalla delibera n. 77 dell'A.N.A.C., l'OIVP in data 21.01.2014 ha attestato "la veridicità e l'attendibilità, alla data dell'attestazione, di quanto riportato nell'Allegato 1 della delibera 77 rispetto a quanto pubblicato sul sito dell'amministrazione. Fermo restando che in alcuni casi problemi tecnici (dettagliati nelle apposite note previste dall'allegato 1) non hanno consentito la pubblicazione al 31/12/2013 ma nei primi giorni di gennaio 2014".

avvio procedura riqualificazione mensa	produzione capitolato speciale	invio bando al DSC entro 31.12.2013	100,00%	50%		x	x
--	--------------------------------	-------------------------------------	---------	-----	--	---	---

Il capitolato è stato prodotto nei termini previsti. Il DSC ha previsto una revisione del capitolato in quanto la gara verrà bandita aggregando al CRO l'Azienda Ospedaliera di Pordenone, in scadenza contrattuale: a tal fine si è provveduto alla rivisitazione del capitolato, che verrà rilasciato nella nuova versione nel 2014.

applicazione della normativa relativa all'acquisizione del DURC e antimafia su piattaforma informatizzata di area vasta.	nel caso di fornitori registrati, le richieste di DURC vengono gestite tramite portale di area vasta "gestione albo fornitori", negli altri casi le richieste vengono effettuate tramite portale INPS e INAIL inviando il DURC al portale di area vasta	utilizzo diffuso del portale informatico da parte di tutti gli operatori della SOTI	100,00%	50%		x	x
--	---	---	---------	-----	--	---	---

(\*) Obiettivo correlato alla retribuzione di risultato del responsabile delle struttura con peso pari a 30%

Il portale è attivo, viene alimentato dai DURC aggiornati ed è utilizzato per la verifica della validità degli stessi.

Totale raggiungimento obiettivi valutati	% raggiungimento ob. incentivati	% valutazione
	100,00%	100,00%

## MONITORAGGIO BUDGET 2013 - SOC TECNOLOGIE ED INVESTIMENTI

Approvato dall'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance

L'obiettivo di equilibrio di bilancio, preconditione per ogni ulteriore valutazione dei risultati attesi incentivati sotto riportati del direttore di struttura complessa, risulta raggiunto (Delibera di Giunta Regione FVG n. 2025 del 31/10/14 - allegato 1)

### Ufficio informatico

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato		respons.	individ.	
<b>Grado di Raggiungimento</b>							
Amministrazione Trasparente di cui al D. Lgs. N. 33 del 14.03.2013	1. predisposizione di istruzioni operative per la pubblicazione dei dati 2. abilitazione degli utenti alla pubblicazione 3. organizzazione di almeno un incontro di formazione finalizzato ad acquisire le competenze all'utilizzo dello strumento informatico	garantire il supporto informatico necessario all'attuazione delle disposizioni contenute nel D.LGS. n.33 del 14.3.2013	in linea			x	x

1. con nota prot. 22791/T del 31.12.2013 sono state trasmesse le istruzioni operative per la pubblicazione dei dati in Amministrazione Trasparente Programma OfficeWeb  
2. tutti i referenti individuati dai singoli responsabili sono stati abilitati  
3. il corso di formazione si è svolto in data 17.10.2013

Modifiche sito WEB in applicazione a normativa su Amministrazione Aperta	Attuazione direttive con modifica strutturale sito WEB	evidenza dell'attuazione	100,00%		30%	x	x
--	--	--------------------------	---------	--	-----	---	---

Le modifiche sono state realizzate, con evidenza sul sito WEB istituzionale

Gestione della messa a regime del software di gestione del consenso informato	verifica funzionamento del software e segnalazione carenze applicative a Insiel e Direzione Regionale	miglioramento nella gestione del dettaglio informativo in rapporto all'accessibilità dell'informazione	100,00%		30%	x	x
---	---	--	---------	--	-----	---	---

Il software è a regime, in linea con le direttive regionali e con le modifiche al modulo di consenso aggiornate. Sono state richieste funzionalità di gestione dell'accesso urgente, sotto la responsabilità del personale sanitario che accede al sistema, che verranno rilasciate nel 2014.

Attivazione delle stazioni di consultazione PACS a supporto dell'attività chirurgica, con formazione degli utilizzatori e supporto operativo. Attivazione delle stazioni di consultazione di Reparto/Ambulatorio.	installazione di almeno 10 workstation presso le strutture cliniche del CRO	garantire l'accesso al formato digitale delle immagini radiologiche e di medicina nucleare	100,00%		40%	x	x
---	---	--	---------	--	-----	---	---

(\*) Obiettivo correlato alla retribuzione di risultato del responsabile delle strutture con peso pari a 30%

Le stazioni sono state attivate ed è stata resa disponibile la consultazione delle immagini radiologiche e di medicina nucleare anche tramite visore referti WEB, rendendo di fatto disponibile l'accesso da tutti i PC dell'Istituto.

Totale raggiungimento obiettivi valutati	% raggiungimento ob. incentivati	% valutazione
	100,00%	100,00%

## MONITORAGGIO BUDGET 2013 - SOC TECNOLOGIE ED INVESTIMENTI

Approvato dall'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance

L'obiettivo di equilibrio di bilancio, preconditione per ogni ulteriore valutazione dei risultati attesi incentivati sotto riportati del direttore di struttura complessa, risulta raggiunto (Delibera di Giunta Regione FVG n. 2025 del 31/10/14 - allegato 1)

### Ufficio tecnico

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato		respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
Amministrazione Trasparente di cui al D. Lgs. N. 33 del 14.03.2013	rispetto, per quanto di competenza della struttura/ufficio, degli obblighi informativi sintetizzati nelle tabelle della bozza del programma triennale per la trasparenza e l'integrità 2013-2015	garantire la pubblicazione dei dati/informazioni nella sezione amministrazione trasparente del sito dell'Istituto	100,00%			x	x

In adempimento a quanto previsto dalla delibera n. 77 dell'A.NA.C., l'OIVP in data 21.01.2014 ha attestato "la veridicità e l'attendibilità, alla data dell'attestazione, di quanto riportato nell'Allegato 1 della delibera 77 rispetto a quanto pubblicato sul sito dell'amministrazione. Fermo restando che in alcuni casi problemi tecnici (dettagliati nelle apposite note previste dall'allegato 1) non hanno consentito la pubblicazione al 31/12/2013 ma nei primi giorni di gennaio 2014".

Investimenti	Avvio lavori ampliamento RMN	evidenza cantiere	100,00%		30%	x	x
--------------	------------------------------	-------------------	---------	--	-----	---	---

Le attività dell'Ufficio Tecnico che hanno reso disponibile l'area di cantiere all'impresa aggiudicataria si sono concluse nel mese di novembre 2013, cui è seguita la recinzione dell'area di cantiere. In data 28.10.2013, con significativo anticipo rispetto al 31.12.2013, il CRO ha inviato il progetto esecutivo agli enti approvatori: il giorno 09.12.2013 è pervenuto il parere negativo dei VVFF, al quale sono seguite (nel giro di due giorni, data la semplicità delle modifiche da apportare) le precisazioni da parte del progettista, trasmesse ai VVFF in data 11.12.2013: a tali precisazioni è seguito parere positivo dei VVFF in data 17.02.2014, oltre due mesi dopo l'invio. I pareri positivi degli altri Enti approvatori, sono pervenuti entro la data del 19.12.2013, per cui a tale data sarebbe stata possibile la consegna anticipata delle aree all'impresa, se fosse pervenuto il parere dei VVFF: l'attesa di tale parere, pervenuto solamente in data 17.02.2014, ha reso di fatto impossibile l'avvio dell'attività di cantiere entro il 31.12.2013, senza che vi fossero inadempienze progettuali o ritardi da parte dell'Ufficio Tecnico.

Investimenti	Conclusione lavori centrale impianti e avanzamento cantiere blocco degenze.	Trasferimento uffici amministrativi in centrale impianti e conclusione lavori al IV piano del blocco degenze. Conclusione lavori presso sale operatorie V piano.	100,00%		40%	x	x
--------------	---	--	---------	--	-----	---	---

(\*) Obiettivo correlato alla retribuzione di risultato del responsabile delle struttura con peso pari a 40%

I lavori strutturali ed impiantistici dell'impresa presso il IV piano e presso le sale operatorie si sono conclusi entro il 31.12.2013, garantendo la disponibilità delle citate aree all'Istituto ai fini dell'attrezzaggio delle stesse, per potere provvedere alla piena funzionalità delle sale operatorie alla data prevista del 03.02.2014. Il trasferimento degli uffici presso la centrale impianti è avvenuto secondo quanto previsto, ed il prefabbricato che li ospitava temporaneamente è stato rimosso.

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.

Grado di Raggiungimento

Investimenti	raggiungimento III SAL del Campus	evidenza contabile raggiungimento III SAL	100,00%	30%	x	x
--------------	-----------------------------------	--	---------	-----	---	---

A causa di maltempo prolungato nel periodo marzo-giugno 2013 (circa 20 gg in più di pioggia rispetto allo stesso periodo del 2013), le operazioni di scavo e di fondazione hanno subito un sensibile rallentamento che ha condizionato l'avvio del cantiere: al 31.12.2013 si sono raggiunti due SAL.

	% raggiungimento ob. incentivati	% valutazione
Totale raggiungimento obiettivi valutati	100,00%	100,00%

MONITORAGGIO BUDGET 2013 - DIREZIONE MEDICA

Approvato dall'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
<b>Grado di Raggiungimento</b>						
coordinamento delle iniziative relative alla certificazione ISO	rispetto delle scadenze ed esito positivo delle eventuali visite di sorveglianza	rispetto degli adempimenti previsti nel 2013 ed esito positivo delle eventuali visite di sorveglianza	100,00%	30%	x	

Sono state rispettate le scadenze programmate delle visite (visita di rinnovo certificazione del dipartimento della ricerca traslazionale, della radioterapia, della fisica sanitaria, della direzione scientifica e biblioteca, del centro attività formative, terapie alte dosi, effettuate nelle date del 29 e 31 ottobre, con esito positivo, totalizzando 2 non conformità minori e 10 osservazioni).

coordinamento delle iniziative relative all'accREDITAMENTO internazionale	L'Ente accreditante conferma l'accREDITAMENTO internazionale per l'Istituto	conferma dell'accREDITAMENTO o internazionale (l'obiettivo si intende raggiunto anche nel caso di accREDITAMENTO con prescrizione)	100,00%	40%	x	
---	---	--	---------	-----	---	--

Accreditation Canada con nota del 27.03.2013 ha riconosciuto al CRO l'accREDITAMENTO livello PLATINO con raccomandazioni alle quali è stato risposto con esito positivo.

monitoraggio linee progettuali e obiettivi contenuti nel patto direttore generale e predisposizione monitoraggio obiettivi di gestione del rischio clinico finalizzato agli incontri di revisione budget	evidenza dell'attivazione del monitoraggio (predisposizione di relazioni in concomitanza degli incontri di budget e di relazione di fine esercizio)	attivare un sistema di monitoraggio al fine di predisporre interventi correttivi tali da supportare il raggiungimento degli obiettivi contenuti nelle linee progettuali, nel patto del direttore generale e nelle schede di budget	100,00%	30%	x	
--	---	--	---------	-----	---	--

monitoraggio budget: è stato attivato il monitoraggio degli obiettivi di budget con invio della reportistica all'ufficio controllo di gestione (a settembre 2013 ed a maggio 2014).

Monitoraggio patto DG: è stato attivato il monitoraggio con adozione, ove previsto, degli interventi correttivi ed esito positivo

Monitoraggio linee progettuali: è stato attuato come da tempistica prevista (nota prot. 14977/DG del 26.08.2013 e prot. 3696/S del 06.03.2014).

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.

**Grado di Raggiungimento**

<b>gestire le ferie</b>	comparto: 100% ferie anno corrente abbattimento ferie pregresse: per il personale con residuo ferie al 1/1/13 >6 gg: ridurre il residuo ferie al 1/1/13 di almeno il 10%; b) per il personale con residuo ferie al 1/1/13 ≤6 gg: residuo ferie al 1/1/14 ≤6 gg.	<b>33 gg</b> <b>proseguire nel percorso di abbattimento del residuo ferie</b>	<b>in linea</b>			x		
-------------------------	--	---	-----------------	--	--	---	--	--

*nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso.*

**34 gg**

<b>gestire le ferie</b>	dirigenza: 100% ferie anno corrente abbattimento ferie pregresse: per il personale con residuo ferie al 1/1/13 >8 gg: ridurre il residuo ferie al 1/1/13 di almeno il 10%; b) per il personale con residuo ferie al 1/1/13 ≤8 gg: residuo ferie al 1/1/14 ≤8 gg.	<b>38 gg</b> <b>proseguire nel percorso di abbattimento del residuo ferie</b>	<b>in linea</b>			x		
-------------------------	---	---	-----------------	--	--	---	--	--

*nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso.*

**38 gg**

	<b>% raggiungimento ob. incentivati</b>	<b>% valutazione</b>
<b>Totale raggiungimento obiettivi valutati</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>

Archivio sanitario

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
<b>Grado di Raggiungimento</b>						
<b>Garantire il termine di 10 giorni dalla richiesta per la consegna della cartella clinica</b>	Monitoraggio da parte della Direzione Sanitaria del rispetto dei tempi fissati	<b>90% delle cartelle cliniche vengono consegnate entro 10 giorni dalla richiesta salvo i ritardi non imputabili al servizio debitamente documentati</b>	<b>100,00%</b>	<b>50%</b>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<p>L'Ufficio ha fornito la copia delle cartelle cliniche conforme all'originale, per oltre il 90% delle richieste, entro i dieci giorni.                      Il numero di cartelle fotocopiate nell'anno 2013 è di 819                      (nota prot. 9555/CG del 20.06.2014)</p>						
<b>gestione dell'archivio sanitario interno e quello depositato presso la Ditta Italarchivi</b>	collaborare con la Ditta Italarchivi al fine di garantire il trasferimento a Udine delle cartelle cliniche dell'anno 2003 dei viventi e le cartelle cliniche delle persone decedute (registrare, imballare e spedire le cartelle in uscita)	<b>garantire l'attuazione delle modalità organizzative di archiviazione e tracciabilità delle cartelle</b>	<b>100,00%</b>	<b>50%</b>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<p>Nell'anno 2013 l'Archivio Sanitario ha collaborato con la Ditta Italarchivi pianificando il trasferimento di tutte le cartelle cliniche dell'anno 2003 e di tutte le cartelle cliniche di pazienti deceduti.                      Tutte le cartelle cliniche trasferite a Udine sono state registrate nei sistemi informatici e imballate negli appositi contenitori.                      Il numero delle cartelle cliniche del 2003 trasferite a Udine nel 2013 sono 2044, mentre quelle dei deceduti sono 254.                      (nota prot. 9555/CG del 20.06.2014)</p>						
<b>Totale raggiungimento obiettivi valutati</b>			<b>% raggiungimento ob. incentivati</b>	<b>% valutazione</b>		
			<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>		

Segreteria Direzione Sanitaria - Cimolai

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione retr. risultato	Valutazione respons. individ.
<b>Grado di Raggiungimento</b>				
<b>garantire il rispetto del codice in materia di protezione dei dati personali (D.L.vo 196/2003)</b>	1. inserimento entro il 07.03.2013 di almeno il 60% dei consensi acquisiti nel periodo 2. inserimento in giornata dei consensi dei pazienti ricoverati 3. inserimento entro il 31.12 di tutti i consensi raccolti nel periodo gennaio-novembre	<b>garantire il data entry nel sistema GECO dei consensi espressi dai pazienti</b>	100,00%	25%
			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<p>1. al 07.03 erano stati inseriti 4.000 consensi in totale ne avevamo raccolti 5.498, con una percentuale di copertura del 72,75%</p> <p>2. per i pazienti ricoverati l'inserimento è stato effettuato in giornata se non addirittura online nel momento stesso del ricovero</p> <p>3. tutti i consensi espressi nell'anno sono stati inseriti entro il 31.12.2013 (totale consensi inseriti 18.393). (nota prot. 10005/P del 30.06.2014)</p>				
<b>gestione delle attività relative ai tempi di attesa in coerenza con le indicazioni regionali e di area vasta</b>	revisione di almeno una agenda per criteri di priorità	<b>evidenza della realizzazione dell'indicatore</b>	100,00%	13%
			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<p>revisione dell'agenda di mammografia della struttura di radiologia. (nota prot. 9555/CG del 20.06.2014)</p>				
<b>monitoraggio obiettivo piani di lavoro</b>	trasmissione all'ufficio controllo di gestione di report periodici sul corretto invio dei piani di lavoro entro le scadenze previste	<b>assicurare il monitoraggio dell'obiettivo di budget</b>	100,00%	13%
			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<p>i report periodici sono stati trasmessi entro le scadenze previste (nota prot. 10005/P del 30.06.2014)</p>				
<b>garantire il monitoraggio dell'obiettivo delle strutture operative relativo alla corretta trasmissione delle SDO alla direzione sanitaria</b>	1. trasmissione periodica alle SOC del dettaglio delle SDO che risultano aperte oltre i termini previsti nelle schede di budget; <input type="checkbox"/> 2. predisposizione di un report di sintesi all'ufficio controllo di gestione sul monitoraggio dell'obiettivo contenuto nelle schede di budget delle SOC di degenza	<b>assicurare il monitoraggio dell'obiettivo di budget</b>	100,00%	13%
			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<p>2. i report periodici sono trasmessi entro le scadenze previste (nota prot. 10005/P del 30.06.2014)</p>				

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
<b>Grado di Raggiungimento</b>						
garantire il monitoraggio del rispetto del regolamento aziendale nello svolgimento dell'attività LP e supporto alle azioni correttive	1. predisposizione report periodici (almeno 2); 2. evidenza delle comunicazioni effettuate ai professionisti interessati	assicurare il corretto svolgimento dell'attività LP	100,00%	38%		x

#### 1. predisposti controlli bimestrali

-□ trasmissione risultati dei monitoraggio: prot. n. 14547/S Gennaio e Febbraio; prot. n.15261/S Marzo e Aprile; prot. n. 18069/s Maggio e Giugno; prot. n. 20774/S Luglio e Agosto; Prot. n. 1184/S del 2014 per Settembre e Ottobre; prot. n. 4295/S del 2014 Novembre e Dicembre.  
(nota prot. 10005/P del 30.06.2014)

	% raggiungimento ob. incentivati	% valutazione
Totale raggiungimento obiettivi valutati	100,00%	100,00%

MONITORAGGIO BUDGET 2013 - DIREZIONE SANITARIA

Approvato dall'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance

Segreteria Direzione Sanitaria - Panont, Ros e Paronuzzi

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
<b>Grado di Raggiungimento</b>						
<b>garantire il rispetto del codice in materia di protezione dei dati personali (D.L.vo 196/2003)</b>	1. inserimento entro il 07.03.2013 di almeno il 60% dei consensi acquisiti nel periodo 2. inserimento in giornata dei consensi dei pazienti ricoverati 3. inserimento entro il 31.12 di tutti i consensi raccolti nel periodo gennaio-novembre	<b>garantire il data entry nel sistema GECO dei consensi espressi dai pazienti</b>	<b>100,00%</b>	<b>100%</b>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

1. al 07.03 erano stati inseriti 4.000 consensi in totale ne avevamo raccolti 5.498, con una percentuale di copertura del 72,75%
2. per i pazienti ricoverati l'inserimento è stato effettuato in giornata se non addirittura online nel momento stesso del ricovero
3. tutti i consensi espressi nell'anno sono stati inseriti entro il 31.12.2013 (totale consensi inseriti 18.393).  
(nota prot. 10005/P del 30.06.2014)

<b>Totale raggiungimento obiettivi valutati</b>	<b>% raggiungimento ob. incentivati</b>	<b>% valutazione</b>
	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>

Servizio ambulanze e servizi esequiali

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
<b>Grado di Raggiungimento</b>						
garantire l'apertura, la continuità di tutti i servizi afferenti alla direzione sanitaria attraverso una collaborazione di tutto il personale assegnato ai singoli servizi	1. relazione della direzione delle professioni nella quale si specificano i contenuti delle collaborazioni messe in atto per fronteggiare le esigenze dei servizi 2. assenza di reclami da parte degli utenti interni ed esterni	<b>continuità dei servizi: ufficio copie cartelle cliniche, servizio ambulanze e servizi esequiali (gestione salme, relazioni con i parenti e rapporti con le ditte funebri)</b>	100,00%	100%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

L'Ufficio copie cartelle cliniche, nell'unica figura dell'infermiera insieme agli operatori del Servizio ambulanze/locali esequiali, hanno sempre collaborato in modo proattivo garantendo la continuità dei servizi: Ufficio Copie cartelle cliniche, Servizio ambulanze con trasporto materiali esterno e Locali Esequiali garantendo i rapporti con le Ditte di pompe funebri ed i parenti dei deceduti. Nel 2013 sono state gestite 82 salme e sono state trasportate, dal CRO ad altri nosocomi per visite e/o accertamenti diagnostici e/o dimissioni protette 225 persone percorrendo più di km.25.000.

Totale raggiungimento obiettivi valutati	<b>% raggiungimento ob. incentivati</b>	<b>% valutazione</b>
	100,00%	100,00%

## MONITORAGGIO BUDGET 2013 - DIREZIONE SANITARIA

Approvato dall'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance

### Servizio dietistico

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
<b>Grado di Raggiungimento</b>						
definizione di un percorso formativo per il personale di cucina	realizzazione di almeno due corsi di aggiornamento per il personale di cucina relativi al lavaggio delle mani e al manuale HACCP	evidenza della realizzazione dei corsi entro settembre 2013	100,00%	50%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Nell'anno 2013 sono stati svolti i due corsi HACCP in data 10 dicembre 2013 e 30 gennaio 2014. Inoltre, nell'ambito dell'HACCP, sono state svolte 3 edizioni del corso: "Lavaggio delle mani nella catena alimentare. Metodi e strumenti". I corsi sono stati svolti nelle seguenti date:  
 22 maggio 2013  
 29 maggio 2013  
 04 giugno 2013  
 (nota prot. 9555/CG del 20.06.2014)

monitoraggio della corretta applicazione del manuale HACCP revisionato nel 2012	predisposizione reportistica trimestrale di monitoraggio dell'applicazione del manuale	è garantito il monitoraggio trimestrale	100,00%	50%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
---	--	---	---------	-----	--------------------------	--------------------------	-------------------------------------

La scelta è stata di fare monitoraggi con frequenza crescente rispetto ad una cadenza trimestrale perché c'era necessità di "capire" i punti da migliorare. Sono stati effettuati 10 controlli (10/01/2013;14/02/2013;03/06/2013;24/06/2013;10/09/2013;12/09/2013;18/11/2013;11/11/2013;02/12/2013;11/12/2013).

Totale raggiungimento obiettivi valutati	<b>% raggiungimento ob. incentivati</b>	<b>% valutazione</b>
	100,00%	100,00%

Ufficio Cassa e Spedalità

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione retr. risultato	Valutazione respons. individ.
<b>Grado di Raggiungimento</b>				
<b>Controllo e trasmissione documentazione relativa a pazienti ricoverati paganti in proprio/dozzinanti</b>	trasmissione documentazione all'ufficio bilancio entro il mese successivo all'inserimento della SDO	<b>rispetto delle scadenze per l'invio della documentazione all'ufficio bilancio per la fatturazione</b>	100,00%	25%
<p><b>l'ufficio ha effettuato, sempre entro il mese successivo all'inserimento della SDO, il controllo e l'invio della documentazione all'Ufficio bilancio per i provvedimenti di competenza (fatturazione) (nota prot.n.10139 del 1/7/14)</b></p>				
<b>Controllo e Trasmissione documentazione relativa a pazienti stranieri ricoverati</b>	1. pazienti stranieri convenzionati: trasmissione documentazione all'ufficio Stranieri dell'Azienda 6 entro il mese successivo alla dimissione; 2. pazienti STP: trasmissione documentazione alla prefettura di Pordenone entro il mese successivo all'inserimento della SDO	<b>rispetto delle scadenze per l'invio della documentazione agli uffici competenti</b>	100,00%	25%
<p><b>1) entro il mese successivo alla dimissione, l'ufficio ha provveduto ad inviare all'Ufficio stranieri dell'Azienda 6 la documentazione dei pazienti stranieri</b>  <b>2) entro i termini stabiliti, l'Ufficio ha provveduto all'inoltro alla Prefettura di PN della documentazione dei pazienti ricoverati STP ricoverati (nota prot.n.10139 del 1/7/14)</b></p>				
<b>Controllo e trasmissione documentazione relativa a prestazioni ambulatoriali e paganti (comprensiva anche di libera professione privati e diverse assicurazioni internazionali e non ) su richiesta di altri enti e/o aziende ospedaliere</b>	1. richiesta alle Segreterie della relativa documentazione inviata dagli Altri Ospedali e Assicurazioni internazionali 2. invio documentazione e relativo file all'Ufficio Bilancio entro due mesi dall'erogazione per l'emissione della fattura	<b>evidenza della realizzazione degli indicatori</b>	100,00%	15%
<p><b>1. l'ufficio ha ottemperato alla richiesta e recupero presso le varie Segreterie della documentazione inviata da altri Ospedali e Enti per prestazioni eseguite presso il CRO</b>  <b>2. nel rispetto del termine prefissato (due mesi) l'ufficio ha inviato la documentazione cartacea e i relativi file al Bilancio per la fatturazione (nota prot.n.10139 del 1/7/14)</b></p>				
<b>garantire il rispetto del codice in materia di protezione dei dati personali (D.L.vo 196/2003)</b>	1. supporto ai pazienti ambulatoriali (esclusi esenti per patologia) per la compilazione del consenso 2. raccolta dei consensi espressi dai pazienti ambulatoriali (esclusi esenti per patologia) 3. inserimento nel sistema GECO dei consensi di cui al punto 2	<b>garantire le attività correlate all'alimentazione del sistema GECO (relazione del responsabile)</b>	100,00%	10%
<p><b>1. l'ufficio ha contribuito all'obiettivo volto a garantire il rispetto del codice in materia di protezione dei dati personali (D.lgs 196/2003) offrendo supporto ai pazienti ambulatoriali per la compilazione dei consensi.</b>  <b>2.-3. ha, inoltre, raccolto i consensi e partecipato all'inserimento dei dati nel sistema GECO.</b></p>				

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
<b>Grado di Raggiungimento</b>						
monitoraggio della correttezza dei dati dell'attività ambulatoriale registrati nei sistemi G2 clinico, cup-web e siasa	controllo dei report inviati dall'ufficio controllo di gestione relativi alle prestazioni pet/ct, radioterapia, prestazioni prenotate ed in esecuzione	continuare il monitoraggio già avviato nel 2012	100,00%	25%		x

L'Ufficio ha continuato nel 2013 il monitoraggio, iniziato nell'anno precedente, relativo alla correttezza dei dati dell'attività ambulatoriale registrata nei sistemi INSIEL in collaborazione con l'ufficio controllo di gestione.

	% raggiungimento ob. incentivati	% valutazione
Totale raggiungimento obiettivi valutati	100,00%	100,00%

MONITORAGGIO BUDGET 2013 - DIREZIONE SANITARIA

Approvato dall'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance

Unità per la gestione del rischio clinico e l'accreditamento - Masutti

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
<b>Grado di Raggiungimento</b>						
coordinamento delle iniziative relative alla certificazione ISO	rispetto delle scadenze ed esito positivo delle eventuali visite di sorveglianza	rispetto degli adempimenti previsti nel 2013 ed esito positivo delle eventuali visite di sorveglianza	100,00%	30%		x

Sono state rispettate le scadenze programmate delle visite (visita di rinnovo certificazione del dipartimento della ricerca traslazionale, della radioterapia, della fisica sanitaria, della direzione scientifica e biblioteca, del centro attività formative, terapie alte dosi, effettuate nelle date del 29 e 31 ottobre, con esito positivo, totalizzando 2 non conformità minori e 10 osservazioni.  
(nota prot. 9555/CG del 20.06.2014)

coordinamento delle iniziative relative all'accreditamento internazionale	L'Ente accreditante conferma l'accreditamento internazionale per l'Istituto	conferma dell'accreditamento o internazionale (l'obiettivo si intende raggiunto anche nel caso di accreditamento con prescrizione)	100,00%	30%		x
---	---	--	---------	-----	--	---

Accreditation Canada con nota del 27.03.2013 ha riconosciuto al CRO l'accreditamento livello PLATINO con raccomandazioni alle quali è stato risposto con esito positivo.  
(nota prot. 9555/CG del 20.06.2014)

garantire il monitoraggio degli obiettivi di budget della dirigenza e del comparto finalizzato agli incontri di revisione di budget	<p>predisposizione reportistica di monitoraggio degli obiettivi relativi a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- gestione del consenso</li> <li>- applicazione della check list di sala operatoria</li> <li>- valutazione del rischio di caduta</li> <li>- valutazione del dolore</li> <li>- certificazione e accreditamento</li> <li>- applicazione della procedura del neoassunto</li> </ul>	invio della reportistica di monitoraggio all'ufficio controllo di gestione in concomitanza degli incontri di revisione di budget	100,00%	20%		x
---	--	--	---------	-----	--	---

è stato attivato il monitoraggio degli obiettivi di budget con invio della reportistica all'ufficio controllo di gestione (a settembre 2013 ed a maggio 2014).  
(nota prot. 9555/CG del 20.06.2014)

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.

**Grado di Raggiungimento**

<b>gestione delle attività relative ai tempi di attesa in coerenza con le indicazioni regionali e di area vasta</b>	1. collaborazione attiva alle attività previste dai programmi regionali e di area vasta (partecipazione ai tavoli di area vasta, monitoraggio dei tempi di attesa secondo la tempistica regionale, monitoraggio del piano di produzione di area vasta secondo le indicazioni del gruppo tecnico di area vasta) 2. revisione di almeno una agenda per criteri di priorità	<b>evidenza della realizzazione degli indicatori</b>	<b>100,00%</b>	<b>20%</b>			x
---	---	--	----------------	------------	--	--	---

1. Si è implementata la collaborazione in sede di area vasta pordenonese (partecipazione ai tavoli tecnici) e regionale (monitoraggi secondo le tempistiche definite dalla regione, sia dei tempi di attesa che dei piani di produzione di AV).  
 2. revisionata l'agenda di mammografia della radiologia (nota prot. 9555/CG del 20.06.2014)

<b>Totale raggiungimento obiettivi valutati</b>	<b>% raggiungimento ob. incentivati</b>	<b>% valutazione</b>
	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>

MONITORAGGIO BUDGET 2013 - SOC FARMACIA

Approvato dall'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance

L'obiettivo di equilibrio di bilancio, preconditione per ogni ulteriore valutazione dei risultati attesi incentivati sotto riportati del direttore di struttura complessa, risulta raggiunto (Delibera di Giunta Regione FVG n. 2025 del 31/10/14 - allegato 1)

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.

Grado di Raggiungimento

Attività di produzione farmaci antiblastici	unità prodotte in ambito di area vasta	mantenimento dei volumi di preparazione del 2012 (n. 36.445)	100,00%	25%	x	x
---	--	--	---------	-----	---	---

viene riconosciuta una franchigia del 10% applicata solo se questa consente il raggiungimento al 100% dell'obiettivo.

35.760, raggiungimento 98,12% che diventa 100% con l'applicazione della franchigia

dare il massimo sviluppo all'attività di distribuzione diretta primo ciclo	il servizio è attivo per almeno 7 ore al giorno	garantire l'apertura del servizio di distribuzione farmaci per almeno 7 ore al giorno	in linea		x	x
--	---	---	----------	--	---	---

L'obiettivo correlato alle RAR potrà essere modificato in seguito alla sottoscrizione degli accordi RAR. L'incentivo verrà riconosciuto secondo i criteri stabiliti nell'accordo.

L'attività è proseguita anche nel 2013 con presenza continua di un farmacista dalle 8.30 fino alle h 16.00 per 5 gg a settimana. Durante la pausa mensa (30') e il sabato mattina è prevista la chiamata. (nota prot. 34/2014 F del 03.07.2014)

L'azienda incentiva la prescrizione dei medicinali a brevetto scaduto e in particolare dovranno essere promosse iniziative in linea con gli obiettivi previsti dagli indicatori di programmazione e controllo individuati dall'AIFA ai sensi del DL 78/2010.	predisposizione reportistica trimestrale di monitoraggio dell'obiettivo di budget assegnato alle strutture operative: rapporto tra dosi di farmaci a brevetto scaduto e dosi di originator (se di costo superiore) non inferiore al 90%	monitoraggio trimestrale dell'obiettivo di budget assegnato alle strutture operative in tema di prescrizione dei medicinali a brevetto scaduto	100,00%	20%	x	x
--	---	--	---------	-----	---	---

monitoraggi:

1° trimestre: nota prot. 36/2013 F del 06.05.2013

2° trimestre: nota prot. 57/2013 F del 13.09.2013

3° trimestre: nota prot. 78/2013 F del 24.12.2013

4° trimestre: nota prot. 01/2014 del 07.01.2014

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
<b>Grado di Raggiungimento</b>						
<b>contenimento e governo delle prescrizioni dei farmaci ad alto costo</b>	1. aggiornamento dell'elenco anno 2012 dei farmaci ad alto costo da sottoporre al monitoraggio entro il 30 aprile 2. predisposizione reportistica trimestrale di monitoraggio dell'obiettivo di budget assegnato alle strutture operative: il 90% della spesa farmaceutica generata da un elenco di farmaci chemioterapici ad alto costo è appropriata secondo le indicazioni ufficiali	<b>monitoraggio trimestrale dell'obiettivo di budget assegnato alle strutture operative in tema di contenimento e governo delle prescrizioni dei farmaci ad alto costo</b>	<b>100,00%</b>	<b>25%</b>	x	x
<p><b>1. con nota prot. 33/2013 F il direttore della SOC ha elencato i farmaci oggetto di monitoraggio in termini di appropriatezza prescrittiva</b></p> <p><b>2. monitoraggi:</b></p> <p><b>1° trimestre: nota prot. 38/2013 F del 12.05.2013</b></p> <p><b>2° trimestre: nota prot. 55/2013 F del 24.09.2013</b></p> <p><b>3° trimestre: nota prot. 77/2013 F del 24.12.2013</b></p> <p><b>4° trimestre: nota prot. 17/2014 F del 24.03.2014</b></p>						
<b>Garantire sul Registro dei Farmaci sottoposti a Monitoraggio l'inserimento di tutte le informazioni previste (registrazione/diagnosi/fine trattamento) finalizzato al recupero dei rimborsi secondo la procedura risk/cost sharing payment by result</b>	1. reportistica trimestrale adeguata alla verifica della corretta implementazione delle schede di registrazione nel registro RFOM da parte delle strutture operative. Il monitoraggio sarà effettuato a livello di struttura operativa. 2. invio alla Direzione Centrale di un report con cadenza semestrale con indicazione dei medicinali richiesti a rimborso e delle procedure concluse accettate e non accettate	<b>1. monitoraggio trimestrale dell'obiettivo di budget assegnato alle strutture operative in tema di corretta implementazione del registro RFOM</b> <b>2. invio report semestrale alla Direzione Centrale</b>	<b>100,00%</b>	<b>30%</b>	x	x
<p><b>1. è stata garantito il monitoraggio dei primi 3 trimestri. La valutazione del quarto trimestre non è stata effettuata in quanto, è stato attivato l'inserimento di un borsista (farmacista) quale facilitatore della pratica di registrazione dei prescrittori, dell'aggiornamento dei dati storici e del completamento delle pratiche transitorie (dovute al blocco del sistema di imputazione dei dati presso AIFA). Il provvedimento è risultato efficace sia per aggiornare i dati storici che per l'inserimento on-line dei nuovi casi.</b></p> <p><b>2. il report del primo semestre è stato inviato alla Direzione Centrale con nota prot. 48/2013F del 12.07.2013</b></p> <p><b>Il report del secondo semestre non è stato inviato perché non era ancora attiva nel nuovo registro la funzionalità automatica di richiesta dei rimborsi.</b></p> <p><b>(nota prot. 34/2014 F del 03.07.2014)</b></p>						
<b>Definizione di protocolli d'uso e di erogazione di medicinali ad alto costo in ambito di area vasta</b>	definizione del protocollo	<b>il protocollo è definito in ambito di area vasta</b>	<b>non valutabile</b>		x	
<p><b>non è stato definito il protocollo a causa di cambiamenti organizzativi della Commissione Prontuario di AV (sostituzione di parte significativa dei componenti).</b></p> <p><b>(nota prot. 34/2014 F del 03.07.2014)</b></p>						
<b>pubblicazioni scientifiche</b>	valore impact factor normalizzato	<b>valore: 3 IF normalizzato</b>	<b>0%</b>		x	x
<i>l'obiettivo è valutato secondo il criterio di proporzionalità.</i>						
<b>0</b>						

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
<b>Grado di Raggiungimento</b>						
<b>attività scientifica</b>	attività di produzione e/o valutazione dei libretti per i pazienti (serie CROinforma)	<b>4 libretti prodotti o valutati</b>	<b>in linea</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> x   <input type="checkbox"/> x
<p><b>sono stati prodotti i seguenti 4 libretti:</b></p> <p>1. <input type="checkbox"/> <b>Conosciamo e utilizziamo bene gli Antibiotici (riediz 2013)</b></p> <p>2. <input type="checkbox"/> <b>Everolimus (Afinitor) : Informazioni dal CRO per una cura consapevole a supporto di pazienti e familiari</b></p> <p>3. <input type="checkbox"/> <b>Sorafenib (Nexavar) : Informazioni dal CRO per una cura consapevole a supporto di pazienti e familiari</b></p> <p>4. <input type="checkbox"/> <b>Sunitinib (Sutent): Informazioni dal CRO per una cura consapevole a supporto di pazienti e familiari (nota prot. 34/2014 F del 03.07.2014)</b></p>						
<b>gestire le ferie</b>	comparto: 100% ferie anno corrente e abbattimento ferie pregresse: per il personale con residuo ferie al 1/1/13 >6 gg: ridurre il residuo ferie al 1/1/13 di almeno il 10%; b) per il personale con residuo ferie al 1/1/13 ≤6 gg: residuo ferie al 1/1/14 ≤6 gg.	<b>93 gg proseguire nel percorso di abbattimento del residuo ferie</b>	<b>in linea</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> x   <input type="checkbox"/> x
<p><i>nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso.</i></p>						
<b>102 gg</b>						
<b>gestire le ferie</b>	dirigenza: 100% ferie anno corrente e abbattimento ferie pregresse: per il personale con residuo ferie al 1/1/13 >8 gg: ridurre il residuo ferie al 1/1/13 di almeno il 10%; b) per il personale con residuo ferie al 1/1/13 ≤8 gg: residuo ferie al 1/1/14 ≤8 gg.	<b>132 gg proseguire nel percorso di abbattimento del residuo ferie</b>	<b>non in linea</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> x   <input type="checkbox"/> x
<p><i>nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso.</i></p>						
<b>112 gg. Tenendo conto delle lunghe assenza le giornate di ferie ricalcolate diventano 121.</b>						
<b>gestione corretta del regolamento aziendale sull'orario di lavoro</b>	verifica dell'assenza di recuperi a giornate intere consecutive in presenza di ferie residue	<b>gestione corretta del regolamento</b>	<b>in linea</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> x   <input type="checkbox"/>
<p><b>E' stato concordato di valutare l'indicatore a partire dal mese di giugno. Il monitoraggio effettuato dall'ufficio personale riferito al periodo giugno-dicembre evidenzia il rispetto dell'indicatore.</b></p>						
<b>valutazione dei dirigenti</b>	le valutazioni dei dirigenti sono completate secondo le indicazioni diffuse dalle direzioni	<b>completamento dei percorsi di valutazione dei dirigenti previsti nel 2013</b>	<b>in linea</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> x   <input type="checkbox"/>
<b>valutazione effettuata con riferimento all'anno 2012</b>						

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
<b>Grado di Raggiungimento</b>						
partecipazione del personale della struttura a specifiche attività formative individuate dalle direzioni con priorità a quelle riguardanti il rispetto del codice di protezione dei dati personali	partecipazione di almeno 1 dirigente o, qualora indicato, di 1 personale del comparto, alle attività formative richieste dalle Direzioni (le attività formative verranno segnalate ad hoc)	evidenza della partecipazione	in linea			x     x
<b>Iniziative individuate dalle direzioni:</b> - incontri formativi in materia di codice di protezione dei dati personali: 2 partecipanti del comparto e 2 della dirigenza - incontri formativi in materia di attuazione delle misure anticorruzione (prot. 9893/DG del 28.05): 1 partecipante del comparto e 1 della dirigenza						
Procedura per la formazione e valorizzazione del neoassunto, compresi i contratti atipici	monitoraggio a campione da parte della dir. san. della scheda di valutazione. Il campione deve riguardare almeno il 50% del personale inserito nel 2013 con eventuali approssimazioni per eccesso (es.: 1 =1, 3= 2)	Applicazione della procedura definita nel 2011	non valutabile			x
<b>Non ci sono stati neoassunti</b>						
partecipazione al programma di accreditamento internazionale	L'Ente accreditante conferma l'accREDITamento internazionale per l'Istituto	conferma dell'accREDITamento o internazionale (l'obiettivo si intende raggiunto anche nel caso di accREDITamento con prescrizione)	in linea			x   x
<b>Accreditation Canada con nota del 27.03.2013 ha riconosciuto al CRO l'accREDITamento livello PLATINO con raccomandazioni alle quali è stato risposto con esito positivo.</b>						
Totale raggiungimento obiettivi valutati			% raggiungimento ob. incentivati	% valutazione		
			100,00%	100,00%		

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione retr. risultato	Valutazione respons. individ.
<b>Grado di Raggiungimento</b>				
ridefinire le posizioni del personale del comparto in coerenza con il nuovo atto aziendale	1. entro aprile nomina delle posizioni organizzative secondo il documento concordato nel 2012 con le OOSS 2. entro settembre attribuzione delle funzioni di coordinamento secondo il documento concordato nel 2012 con le OOSS	sono individuati i titolari delle posizioni di responsabilità	100,00%	40%

1. con deliberazioni del direttore generale n. 35 del 08.03.2013 e n. 53 del 27.03.2013 sono stati conferiti gli incarichi di posizione organizzativa.

2. con deliberazione del direttore generale n. 177 del 30.09.2013 sono stati conferiti gli incarichi di coordinamento.

rilevazione della qualità percepita con strumento già utilizzato nel 2012 in 3 mesi consecutivi settembre e novembre.	1. distribuzione del questionario alle singole strutture operative; 2. raccolta dei questionari per l'elaborazione dei dati; 3. report finale dei risultati ottenuti e valutazione di eventuali interventi correttivi effettivamente attuabili	sorveglianza dei fattori di osservazione contenuti nello strumento di rilevazione al fine di intervenire in modo appropriato sulle criticità	100,00%	40%
---	--	--	---------	-----

La raccolta dei questionari è stata effettuata nel trimestre sett-nov 2013. Sono stati complessivamente raccolti 171 questionari tra le persone degenti e familiari e 1600 tra le persone afferenti alle attività ambulatoriali e day hospital. I report dei risultati ottenuti sono stati inviati con mail del febbraio 2014 e il report finale con la valutazione di eventuali interventi correttivi è stata trasmesso con nota prot. 9556/CG del 13.06.2014

gestire le ferie	dirigenza: 100% ferie anno corrente e abbattimento ferie pregresse: per il personale con residuo ferie al 1/1/13 >8 gg: ridurre il residuo ferie al 1/1/13 di almeno il 10%; b) per il personale con residuo ferie al 1/1/13 ≤8 gg: residuo ferie al 1/1/14 ≤8 gg.	proseguire nel percorso di abbattimento del residuo ferie	in linea	
------------------	--	---	----------	--

nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso.

32 gg

gestire le ferie	comparto: 100% ferie anno corrente e abbattimento ferie pregresse: per il personale con residuo ferie al 1/1/13 >6 gg: ridurre il residuo ferie al 1/1/13 di almeno il 10%; b) per il personale con residuo ferie al 1/1/13 ≤6 gg: residuo ferie al 1/1/14 ≤6 gg.	proseguire nel percorso di abbattimento del residuo ferie	in linea	
------------------	---	---	----------	--

nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso.

657 gg

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
<b>Grado di Raggiungimento</b>						
partecipazione al programma di accreditamento internazionale	L'Ente accreditante conferma l'accREDITamento internazionale per l'Istituto	conferma dell'accREDITamento o internazionale (l'obiettivo si intende raggiunto anche nel caso di accREDITamento con prescrizione)	100,00%	20%	x	

Accreditation Canada con nota del 27.03.2013 ha riconosciuto al CRO l'accREDITamento livello PLATINO con raccomandazioni alle quali è stato risposto con esito positivo.

Totale raggiungimento obiettivi valutati	% raggiungimento ob. incentivati	% valutazione
	100,00%	100,00%

MONITORAGGIO BUDGET 2013 - SOS PSICOLOGIA

Approvato dall'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione retr. risultato		Valutazione respons. individ.	
<b>Grado di Raggiungimento</b>						
<b>Prestazioni specialistiche ambulatoriali per esterni</b>	numero di prestazioni per esterni	1.200	100,00%	35%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<p>ai fini della retribuzione di risultato l'obiettivo è valutato secondo un criterio proporzionale.</p> <p>L'obiettivo correlato alle RAR potrà essere modificato in seguito alla sottoscrizione degli accordi RAR. L'incentivo verrà riconosciuto secondo i criteri stabiliti nell'accordo.</p> <p>1382</p>						
<b>pubblicazioni scientifiche</b>	valore impact factor normalizzato	valore: 10 IF normalizzato	100,00%	5%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<p>l'obiettivo è valutato secondo il criterio di proporzionalità</p> <p>46,5</p>						
<b>contrasto allo stress lavoro correlato</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Esecuzione di almeno 2 corsi di formazione per il personale sanitario.</li> <li>- Produzione di report con i risultati della rilevazione effettuata</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Attuazione proposte appropriate a ridurre lo stress lavoro correlato definite nel 2012</li> <li>- Prosecuzione delle indagini sullo stress lavoro correlato</li> </ul>	100,00%	30%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Il corso "Addestramento avanzato per infermieri per lo sviluppo di competenze di comprensione e gestione della sofferenza" è iniziato il 03.10.2013 e terminato il 07.02.2014.</p> <p>Il corso "Leggere i testi per leggere le emozioni: competenze narrative per la prevenzione dello stress lavoro correlato nei contesti di cura oncologica" non si è svolto per mancanza di iscritti (vedi mail del 09.10.2013 del responsabile della struttura).</p> <p>In adempimento all'obbligo di legge, nelle settimane dal 27 maggio al 7 giugno 2013 si è provveduto alla valutazione soggettiva del benessere organizzativo in Istituto. In data 11.12.2013 è stata redatta la relazione sulla valutazione del rischio stress lavorativo con i risultati registrati e le proposte di contrasto allo stress lavoro correlato.</p>						
<b>valutare la comprensione del consenso informato ai trattamenti da parte dei pazienti</b>	Produzione di report con i risultati dell'indagine effettuata e proposta di interventi correttivi.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. realizzazione delle indagini</li> <li>2. elaborazione dei risultati</li> </ol>	100,00%	30%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1. nell'intervallo temporale dicembre 2012-maggio 2013 si è svolta l'indagine sul grado di percezione della comprensione, da parte dei pazienti, delle spiegazioni ricevute dai medici circa il trattamento (chirurgico, chemioterapico o radioterapico) che si apprestavano ad intraprendere.

2. La relazione con i risultati delle indagini è stata trasmessa dal responsabile della struttura con mail del 12.12.2013.

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
<b>Grado di Raggiungimento</b>						
gestire le ferie	100% ferie anno corrente e abbattimento ferie pregresse: per il personale con residuo ferie al 1/1/13 >8 gg: ridurre il residuo ferie al 1/1/13 di almeno il 10%; b) per il personale con residuo ferie al 1/1/13 ≤8 gg: residuo ferie al 1/1/14 ≤8 gg.	<b>68 gg</b> proseguire nel percorso di abbattimento del residuo ferie	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	x     x
<i>nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso.</i>						
<b>68 gg</b>						
piani di lavoro	i piani devono essere inviati alla direzione sanitaria entro la fine del mese precedente a quello cui la programmazione si riferisce	i piani di lavoro sono inviati regolarmente rispettando l'indicatore	100%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	x
<b>i piani di lavoro sono sempre stati inviati nei tempi prestabiliti</b>						
Procedura per la formazione e valorizzazione del neoassunto, compresi i contratti atipici	monitoraggio a campione da parte della dir. san. della scheda di valutazione. Il campione deve riguardare almeno il 50% del personale inserito nel 2013 con eventuali approssimazioni per eccesso (es.: 1 =1, 3= 2)	Applicazione della procedura definita nel 2011	non valutabile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	x
<b>Non ci sono stati neoassunti</b>						
valutazione dei dirigenti	le valutazioni dei dirigenti sono completate secondo le indicazioni diffuse dalle direzioni	completamento dei percorsi di valutazione dei dirigenti previsti nel 2013	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	x   <input type="checkbox"/>
<b>valutazione effettuata con riferimento all'anno 2012</b>						
partecipazione del personale della struttura a specifiche attività formative individuate dalle direzioni con priorità a quelle riguardanti il rispetto del codice di protezione dei dati personali	partecipazione di almeno 1 dirigente alle attività formative richieste dalle Direzioni (le attività formative verranno segnalate ad hoc)	evidenza della partecipazione	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	x     x
<b>Iniziative individuate dalle direzioni:</b>						
- incontri formativi in materia di codice di protezione dei dati personali: 2 partecipanti						
- incontri formativi in materia di attuazione delle misure anticorruzione (prot. 9893/DG del 28.05): 2 partecipanti						
partecipazione al programma di accreditamento internazionale	L'Ente accreditante conferma l'accREDITAMENTO internazionale per l'Istituto	conferma dell'accREDITAMENTO o internazionale (l'obiettivo si intende raggiunto anche nel caso di accREDITAMENTO con prescrizione)	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	x   x
<b>Accreditation Canada con nota del 27.03.2013 ha riconosciuto al CRO l'accREDITAMENTO livello PLATINO con raccomandazioni alle quali è stato risposto con esito positivo.</b>						

Totale raggiungimento obiettivi valutati

**% raggiungimento ob.  
incentivati**

**%  
valutazione**

**100,00%**

**100,00%**

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato		respons.	individ.	
<b>Grado di Raggiungimento</b>							
<b>Amministrazione Trasparente di cui al D. Lgs. N. 33 del 14.03.2013</b>	rispetto, per quanto di competenza della struttura/ufficio, degli obblighi informativi sintetizzati nelle tabelle della bozza del programma triennale per la trasparenza e l'integrità 2013-2015	<b>garantire la pubblicazione dei dati/informazioni nella sezione amministrazione trasparente del sito dell'Istituto</b>	100,00%			x	x
<p>In adempimento a quanto previsto dalla delibera n. 77 dell'A.NA.C., l'OIVP in data 21.01.2014 ha attestato "la veridicità e l'attendibilità, alla data dell'attestazione, di quanto riportato nell'Allegato 1 della delibera 77 rispetto a quanto pubblicato sul sito dell'amministrazione. Fermo restando che in alcuni casi problemi tecnici (dettagliati nelle apposite note previste dall'allegato 1) non hanno consentito la pubblicazione al 31/12/2013 ma nei primi giorni di gennaio 2014".</p>							
<b>Amministrazione Trasparente di cui al D. Lgs. N. 33 del 14.03.2013</b>	- individuazione dei referenti incaricati alla pubblicazione dei dati/informazioni - collaborazione, con il responsabile della trasparenza e con gli altri componenti della "rete per la trasparenza e la prevenzione della corruzione", alla predisposizione entro il 31.12 di un sintetico prospetto riepilogativo sullo stato di attuazione del programma secondo le indicazioni contenute nelle delibere CiVIT	<b>garantire la pubblicazione dei dati/informazioni nella sezione amministrazione trasparente del sito dell'Istituto</b>	in linea			x	
<p>- I referenti incaricati alla pubblicazione dei dati/informazioni hanno partecipato all'incontro formativo "modalità di pubblicazione delle informazioni/dati sul sito internet" organizzato in data 17.10.2013. - La CiVIT (ora A.N.AC.) ha posticipato al 31.01.2014 l'attestazione dell'OIVP sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione. L'attività di monitoraggio da parte dell'Istituto è stata comunque effettuata attraverso tre rilevazioni in data 30 settembre (secondo le indicazioni civit), 23 ottobre e 02.01.2014 con riferimento al 31.12.2013.</p>							
<b>Completamento percorso di firma digitale e invio PEC (posta elettronica certificata)</b>	Adozione sistema posta certificata	<b>Attivazione casella PEC dedicata alla Direzione Scientifica e Dimostrazione di invio/ricezione PEC</b>	100,00%		8%		x
<p>E' stato completato il percorso di firma digitale. E' stato installato sulle postazioni degli operatori individuati dal Direttore Scientifico il software Actalis File Protector™ v5.1.9.6. Il Direttore e i dirigenti con potere di firma in sua assenza sono stati dotati di tessera e lettore USB per firma digitale. (ALLEGATO) E' stata attivata casella pec dedicata (direzionescientifica@pec.cro.it)</p>							
<b>Adempimenti ART.18 "AMMINISTRAZIONE APERTA" D.L. 22 GIUGNO 2012 N.83</b>	Adozione percorsi per pubblicazione atti (delibere, pagamenti fatture, ecc.) Monitoraggio su un campione pari al 10% delle delibere anno 2013	<b>tutti gli atti deliberativi sono pubblicati</b>	100,00%		10%		x

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
<b>Grado di Raggiungimento</b>						
<b>Certificazione ISO 9001-2008</b>	1. adozione del sistema Qualibus per la gestione documentale del sistema Qualità 2. pubblicazione dei moduli in intranet 3. aggiornamento moduli del sistema qualità con attribuzione del numero di versione	<b>- dimostrazione di utilizzo del sistema</b> <b>- visibilità dei moduli</b> <b>- inserimento numero versione nei moduli e visibilità nell'elenco moduli</b>	<b>100,00%</b>	<b>8%</b>		x
<p>I punti 2 e 3 si ritengono superati dal punto 1, dato che Qbus rilascerà in maniera automatica e tracciabile le nuove versioni dei documenti rendendo obsoleti i vecchi. Questa informazione non era nota al momento della redazione degli obiettivi. L'adozione di Qualibus (punto 1) sta avvenendo per fasi. Fase I (effettuata): installazione di Qualibus in tutte le postazioni della Direzione Scientifica. Fase II (effettuata) partecipazione di RGQ ai corsi di formazione in data 17/5/2013 - si allega attestato partecipazione - e 18/10/2013 - per questo corso non è ancora disponibile l'attestato). Fase III (2014) partecipazione degli operatori ai corsi di formazione. Fase IV migrazione con trasferimento della documentazione a Qualibus. Il trasferimento dei documenti è avvenuto. La migrazione completa o messa a regime avverrà nel cosiddetto "momento zero" quando tutte le altre fasi saranno completate, cioè nel 2014. Tale tempistica non era nota al momento della stesura degli obiettivi</p>						
<b>Adeguamento a nuove normative sulla acquisizione di personale esterno per la ricerca mediante contratto</b>	Stesura del nuovo Regolamento delle collaborazioni coordinate continuative	<b>Adozione della deliberazione</b>	<b>100,00%</b>	<b>8%</b>		x
<p>Con deliberazione del direttore scientifico n. 113 del 28.06.2013 è stato adottato il regolamento aziendale in materia di contratti di collaborazione coordinata continuativa per la ricerca finalizzata</p>						
<b>Miglioramento della qualità della sperimentazione clinica</b>	1. Migliorare l'informazione su protocolli clinici attivi al CRO al fine di un migliore accrual dei pazienti negli studi 2. Migliore qualità del lavoro/raccolta dati da parte delle data manager 3. Miglioramento delle conoscenze di base sulle sperimentazioni cliniche tra il personale sanitario del CRO	<b>1 Aggiornam Trimestr News Letter – sui protocolli clinici – AIOM FVG in collaboraz Con AOU UD; 2 Completamento delle Procedure Operative Std delle Data Manager e Infermiere di Ric ; 3 Corsi personalizzati di metodologia della speriment x inferm e medici</b>	<b>100,00%</b>	<b>10%</b>		x
<p>1. L'aggiornamento trimestrale della News Letter è stato eseguito in maniera puntuale. La News Letter è stata spedita a tutti gli oncologi iscritti all'AIOM del FVG e ai direttori di SOC di alcune oncologie in Veneto.            2. Sono state completate 11 procedure            3. Non sono stati organizzati corsi personalizzati di metodologia della sperimentazione. Gli ultimi due obiettivi non sono stati completamente raggiunti per mancanza di personale: per oltre 5 mesi sono mancate 3 Data Manager. L'obiettivo viene ritenuto raggiunto perché in linea con le fasi di sviluppo.</p>						

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
<b>Grado di Raggiungimento</b>						
<b>Promozione dei processi di trasferimento tecnologico</b>	1. Collaborazione con studio brevettuale per analisi sistematica di brevettabilità nei lavori scientifici 2. Opuscolo su attività, valorizzazioni e prospettive di trasferimento tecnologico al CRO	<b>1. Attivazione della collaborazione 2. Realizzazione dell'opuscolo</b>	100,00%	8%		x
<p>1. la nota prot. 17796/D del 15.10.2013 circostanza l'attivazione di collaborazione con centro specializzato in verifiche brevettuali, i cui servizi sono fruibili sistematicamente per dare seguito a esigenze puntuali dei ricercatori. Si è dato corso e continuità al rapporto col servizio PATLIB come testimoniano 3 ricerche d'antieriorità brevettuale per idee inventive di giovani ricercatori (prott. 17966D, 18018D, 18019D)</p> <p>2. E' stato realizzato l'opuscolo "The Value of Innovation", sulla cui base il Gruppo di Trasferimento Tecnologico concorderà versioni in lingua italiana e inglese divulgabili a partire dall'anno 2014.</p>						
<b>Rendere effettivi l'attivazione, l'aggiornamento continuo e la valutazione di qualità in CIGNOweb.it (banca dati del materiale informativo per pazienti e familiari)</b>	1. CIGNOweb.it online con almeno n. 1500 records inseriti; 2. almeno n. 10 documenti valutati; 3. almeno n. 10 associazioni/organizzazioni che danno feedback/collaborano	<b>rendere CIGNOweb.it una realtà digitale di riferimento per pazienti e associazioni</b>	100,00%	8%		x
<p>1. CIGNOweb.it online &lt;www.cignoweb.it&gt;: 2399 records a fine anno 2013 di cui n. 842 relativi a documenti full text o su carta o pagine e siti web, 729 relativi ad associazioni "bonificate" anche in base a loro feedback, 758 inserite, ma ancora da " bonificare", 23 helplines e 47 schede sui farmaci.</p> <p>2. n 10 documenti valutati, non ancora visibili online (completato manuale per la valutazione: ETHIC, Evaluation Tool for of Health Information Consumers)</p> <p>3. Favo, Aimac, Fondazione Federico Calabresi, Ageop, Abio, Insieme, Angolo, Giulia, CIFAV, Andos e federazione Fiagop.</p>						
<b>2. Produrre guide della collana monografica di carattere divulgativo "CROinforma" su argomenti non ancora trattati, valutare e diffondere quelli già editi</b>	1. pubblicazione di almeno 4 CROinforma (lavaggio mani, donazione cornee, percorso chirurgico-assistenziale, predisposizione tumori ereditari colon-retto con valutazione pre-stampa); 2. diffusione anche attraverso il web di tutti i 25 CROinforma disponibili	<b>Evidenza della realizzazione degli indicatori</b>	100,00%	8%		x
<p>1. Sono state redatte n.10 pubblicazioni della collana CROinforma di cui n.6 guide, n.3 depliant e 1 libro. Coperti tutti gli argomenti previsti. Ricerca attraverso varie chiavi in CIGNOweb.it.</p> <p>2. Tutti i CROinforma sono accessibili anche attraverso il link "Pubblicazioni per i Pazienti" presente nell'area scientifica della home page del sito del CRO &lt;<a href="http://www.cro.sanita.fvg.it/patient_education/set_patient_edu.htm">http://www.cro.sanita.fvg.it/patient_education/set_patient_edu.htm</a>&gt;</p>						
<b>Proseguimento attività Gruppo Patient Education come pilota rispetto a progetto di RF sull'argomento</b>	1. almeno 10 Incontri a Tema con pazienti e familiari; 2. elaborazione dati di gradimento ad almeno 5 incontri; 3. realizzazione concorso letterario per pazienti e operatori	<b>evidenza della realizzazione degli indicatori</b>	100,00%	8%		x
<p>1. Nel corso dell'anno si sono tenuti n. 34 incontri per circa 370 pazienti e/o familiari che vi hanno partecipato.</p> <p>2. Sono stati elaborati n. 92 questionari compilati dagli utenti partecipanti a tali incontri nel periodo di interesse per il progetto di RF sulla Patient Education (PE). I Dati sono accessibili attraverso la piattaforma Zoho condivisa fra gli Enti partecipanti al progetto RF di PE.</p> <p>3. Sono stati realizzati il Concorso Letterario rivolto a pazienti e operatori e il libro-antologia dei vincitori: cfr <a href="http://www.cignoweb.it/cro/resource?uri=2984&amp;v=1">http://www.cignoweb.it/cro/resource?uri=2984&amp;v=1</a></p>						

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.

**Grado di Raggiungimento**

<b>Formazione all'utilizzo delle Risorse informative della biblioteca</b>	1. Realizzazione corso ECM di Formazione sul campo "Si fa presto a dire Internet: dalla ricerca all'organizzazione delle informazioni in pillole" aperto all'esterno.	<b>Realizzazione corso</b>	<b>100,00%</b>	<b>8%</b>			x
---	---	----------------------------	----------------	-----------	--	--	---

**E' stato realizzato il corso "Si fa presto a dire Internet: dalla ricerca all'organizzazione delle informazioni in pillole". I partecipanti ai 19 incontri (10 erano obbligatori ai fini ECM ) sono stati complessivamente n. 35.**

<b>Funzionamento del registro tumori</b>	supporto amministrativo allo sviluppo e conduzione del registro tumori	<b>chiusura raccolta nuovi casi incidenti di tumore 2008-2009 nella popolazione del Friuli Venezia Giulia)</b>	<b>100,00%</b>	<b>8%</b>			x
--	--	--	----------------	-----------	--	--	---

**Al dicembre 2013, sono stati raccolti i dati di incidenza delle nuove neoplasie diagnosticate nei residenti in Friuli Venezia Giulia nel biennio 2008-2009. In tale arco temporale, sono stati rilevati 17.888 nuovi casi di tumore. Negli uomini (9767 casi in 2 anni) i tumori più frequenti erano localizzati alla prostata (23%), al colon-retto (15%) e al polmone (13%). Nelle donne (8121 casi in 2 anni), i tumori più frequenti sono stati la mammella (31%), il colon-retto (15%) ed il polmone (7%)**

<b>Supporto all'attività di produzione scientifica da parte del personale amministrativo della SOC Epidemiologia e Biostatistica</b>	valore impact factor normalizzato fissato nel budget della SOC Epidemiologia e Biostatistica	<b>l'obiettivo verrà valutato considerando il target assegnato alla SOC Epidemiologia e Biostatistica</b>	<b>100,00%</b>	<b>8%</b>			x
--	--	---	----------------	-----------	--	--	---

**Obiettivo assegnato Soc Epidemiologia: 170 IF normalizzato - Valore al 31.12.2013: 185,2**

	<b>% raggiungimento ob. incentivati</b>	<b>% valutazione</b>
<b>Totale raggiungimento obiettivi valutati</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>

## MONITORAGGIO BUDGET 2013 - SOC EPIDEMIOLOGIA E BIOSTATISTICA

Approvato dall'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance

L'obiettivo di equilibrio di bilancio, preconditione per ogni ulteriore valutazione dei risultati attesi incentivati sotto riportati del direttore di struttura complessa, risulta raggiunto (Delibera di Giunta Regione FVG n. 2025 del 31/10/14 - allegato 1)

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
<b>Grado di Raggiungimento</b>						
gestione registro tumori	funzionamento del registro come da indicazioni regionali	chiusura rilevazione 2008-2009	in linea			x x

Nel 2013 sono stati raccolti i dati di incidenza delle nuove neoplasie diagnosticate nei residenti in Friuli Venezia Giulia nel biennio 2008-2009. In tale arco temporale, sono stati rilevati 17.888 nuovi casi di tumore. Negli uomini (9767 casi in 2 anni) i tumori più frequenti erano localizzati alla prostata (23%), al colon-retto (15%) e al polmone (13%). Nelle donne (8121 casi in 2 anni), i tumori più frequenti sono stati la mammella (31%), il colon-retto (15%) ed il polmone (7%)

pubblicazioni scientifiche	valore impact factor normalizzato	valore : 170 IF normalizzato	100,00%	80%	x	x
----------------------------	-----------------------------------	------------------------------	---------	-----	---	---

l'obiettivo è valutato secondo il criterio di proporzionalità.

185,2

variabili attività scientifica (Allegato 1)	punti attività scientifica della struttura operativa	punteggio > 4	100,00%	20%	x	x
---	--	---------------	---------	-----	---	---

I punteggi realizzati vengono valutati come segue:  
 un punteggio > = 4 punti = 100%  
 un punteggio < 1 punti = 0  
 il restante = 80%

punti 14,8

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
<b>Grado di Raggiungimento</b>						
partecipazione al programma di accreditamento internazionale	L'Ente accreditante conferma l'accREDITamento internazionale per l'Istituto	conferma dell'accREDITamento o internazionale (l'obiettivo si intende raggiunto anche nel caso di accREDITamento con prescrizione)	in linea			x x

Accreditation Canada con nota del 27.03.2013 ha riconosciuto al CRO l'accREDITamento livello PLATINO con raccomandazioni alle quali è stato risposto con esito positivo.

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
<b>Grado di Raggiungimento</b>						

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2013	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato		respons.	individ.
<b>Grado di Raggiungimento</b>						
gestire le ferie	100% ferie anno corrente e abbattimento ferie pregresse: per il personale con residuo ferie al 1/1/13 >8 gg: ridurre il residuo ferie al 1/1/13 di almeno il 10%; b) per il personale con residuo ferie al 1/1/13 ≤8 gg: residuo ferie al 1/1/14 ≤8 gg.	168 gg proseguire nel percorso di abbattimento del residuo ferie	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	x     x
<i>nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso.</i>						
<b>196 gg</b>						
gestione corretta del regolamento aziendale sull'orario di lavoro	verifica dell'assenza di recuperi a giornate intere consecutive in presenza di ferie residue	gestione corretta del regolamento	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	x
<b>E' stato concordato di valutare l'indicatore a partire dal mese di giugno. Il monitoraggio effettuato dall'ufficio personale riferito al periodo giugno-dicembre evidenzia il rispetto dell'indicatore.</b>						
piani di lavoro	i piani devono essere inviati alla direzione sanitaria entro la fine del mese precedente a quello cui la programmazione si riferisce	i piani di lavoro sono inviati regolarmente rispettando l'indicatore	91,7%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	x
<b>i piani di lavoro sono stati inviati nei tempi prestabiliti nei mesi Gennaio - Febbraio e Aprile-Dicembre; è pervenuto oltre i termini il piano di lavoro relativo al mese di marzo</b>						
valutazione dei dirigenti	le valutazioni dei dirigenti sono completate secondo le indicazioni diffuse dalle direzioni	completamento dei percorsi di valutazione dei dirigenti previsti nel 2013	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	x   <input type="checkbox"/>
<b>valutazione effettuata con riferimento all'anno 2012</b>						
partecipazione del personale della struttura a specifiche attività formative individuate dalle direzioni con priorità a quelle riguardanti il rispetto del codice di protezione dei dati personali	partecipazione di almeno 1 dirigente alle attività formative richieste dalle Direzioni (le attività formative verranno segnalate ad hoc)	evidenza della partecipazione	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	x   x
<b>Iniziativa individuate dalle direzioni: - incontri formativi in materia di codice di protezione dei dati personali: 5 partecipanti - incontri formativi in materia di attuazione delle misure anticorruzione (prot. 9893/DG del 28.05): 2 partecipanti</b>						
Procedura per la formazione e valorizzazione del neoassunto, compresi i contratti atipici	monitoraggio a campione da parte della dir. san. della scheda di valutazione. Il campione deve riguardare almeno il 50% del personale inserito nel 2013 con eventuali approssimazioni per eccesso (es.: 1 =1, 3= 2)	Applicazione della procedura definita nel 2011	non valutabile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	x
<b>Non ci sono stati neoassunti</b>						

Totale raggiungimento obiettivi valutati

**% raggiungimento ob.  
incentivati**

**%  
valutazione**

**100,00%**

**100,00%**

# Elenco firmatari

ATTO SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000 E DEL D.LGS. 82/2005 E SUCCESSIVE MODIFICHE E INTEGRAZIONI

Questo documento è stato firmato da:

NOME: ALESSANDRO FALDON

CODICE FISCALE: FLDLSN63E04C957S

DATA FIRMA: 03/12/2014 15:09:14

IMPRONTA: C4179B08D1935FFFEEDF0E764794D3D43489DD538665F592797B0CF474824773  
3489DD538665F592797B0CF4748247736F0D01C508012339800FCB1579D36B3  
6F0D01C508012339800FCB1579D36B30CB8DA15EE8E36D8F1C066CCD8D3C7F0  
0CB8DA15EE8E36D8F1C066CCD8D3C7F030C88BF9F72025759CC7CD5A4783E447

NOME: RAFFAELLA CATTARUZZA

CODICE FISCALE: CTTRFL70L64A5160

DATA FIRMA: 03/12/2014 15:21:03

IMPRONTA: 584FB3F898EE910B310BC44DF09B3BE8620EDCA6DD58C838914A3260FCD88FCD  
620EDCA6DD58C838914A3260FCD88FCD9DB0F0BFE3744E9D22E4CFE2FDC3D92  
A9DB0F0BFE3744E9D22E4CFE2FDC3D924BE2ACEFB8FAF640F44354786379F21C  
4BE2ACEFB8FAF640F44354786379F21CFDE5A28FBDBE63C6B3304ECB3B8AE41F

NOME: CRISTINA ANDRETTA

CODICE FISCALE: NDRCST65R67G888L

DATA FIRMA: 03/12/2014 15:26:44

IMPRONTA: 7C5D13FB8E5DA14928E534F4F9B51B33A87B09ECD4F691EE88F67987E5440AAF  
A87B09ECD4F691EE88F67987E5440AAF9883F318596D92B7D3C9904F88C14F82  
9883F318596D92B7D3C9904F88C14F82DCEA6DDD9494DD1766DF63B835399F0C  
DCEA6DDD9494DD1766DF63B835399F0CFF03A0A1A396BBFA17F3A9044F3D35A5

NOME: CRISTINA ZAVAGNO

CODICE FISCALE: ZVGCST68P69Z401X

DATA FIRMA: 03/12/2014 17:02:16

IMPRONTA: 142B76508F5371021A2CF091BC71CAD6A53586DCDE2E1C47FC10465426869E68  
A53586DCDE2E1C47FC10465426869E68CF3E735EC8231D6BBFCB05348EB40708  
CF3E735EC8231D6BBFCB05348EB407080C8B3D3DEE08A740A56750CA01B326C1  
0C8B3D3DEE08A740A56750CA01B326C17ADB1EA2AEFFDDEOC542E3AED88982F70

NOME: MATILDE CARLUCCI

CODICE FISCALE: CRLMLD61L47C448Q

DATA FIRMA: 04/12/2014 11:43:19

IMPRONTA: 98764FBDCB8C8B7948A22E4079C1C4BB912120474102985682E4126DA540C0DF  
912120474102985682E4126DA540C0DF54E1C23F7AA5799D32AE1A477A8D198D  
54E1C23F7AA5799D32AE1A477A8D198D528EC06C948821EA8A1A2E95EFC0380E  
528EC06C948821EA8A1A2E95EFC0380E68F6017A049358D15154BED7A1C42CD8

NOME: PIERO CAPPELLETTI

CODICE FISCALE: CPPPRI49C05A530D

DATA FIRMA: 04/12/2014 11:45:31

IMPRONTA: C122DE93F93894C692FEFD9BD2120471CDCB41C88304F979E863CD5FA10B36C0  
CDCB41C88304F979E863CD5FA10B36C06CA0A8B18997EFD75048CBFD678315C6  
6CA0A8B18997EFD75048CBFD678315C614DF8F766E0AF100CA4A91EBF0F3A7CB  
14DF8F766E0AF100CA4A91EBF0F3A7CBDF82300711DB58F9042A7A27EE28B129

**IRCCS CENTRO DI RIFERIMENTO ONCOLOGICO DI AVIANO**

---

**CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE NELL'ALBO ON-LINE**

Copia della presente deliberazione viene pubblicata nell'Albo on-line del C.R.O. per 15 giorni consecutivi dal 04/12/2014 al 18/12/2014, inclusi, ai sensi dell'art. 32, comma 1, della Legge 18.06.2009, n. 69.

---

**CERTIFICATO DI ESECUTIVITÀ**

La presente deliberazione è divenuta esecutiva il 04/12/2014, ai sensi del combinato disposto degli artt. 46 e 50 della L.R. 19.12.1996 n. 49.

---

Inviato per quanto di competenza a:

- UFFICIO BILANCIO
- UFFICIO AFFARI GENERALI E LEGALI
- UFFICIO CONTROLLO DI GESTIONE
- CAF CENTRO ATTIVITA' FORMATIVE
- GESTIONE DELLE RISORSE UMANE
- TECNOLOGIE ED INVESTIMENTI
- DIREZIONE SCIENTIFICA
- DIREZIONE SANITARIA
  
- UFF PRESTAZIONI
- URP
- DIR DIP

Aviano, li 04/12/2014

L'INCARICATO  
Mara Marcuola

---

# Elenco firmatari

ATTO SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000 E DEL D.LGS. 82/2005 E SUCCESSIVE MODIFICHE E INTEGRAZIONI

Questo documento è stato firmato da:

NOME: MARA MARCUOLA

CODICE FISCALE: MRCMRA67A41A516M

DATA FIRMA: 04/12/2014 12:06:02

IMPRONTA: 7BAC77768F66C70FF7206421FEA7B89BBB1E3AB35544A88D01A147B958EE1CD2  
BB1E3AB35544A88D01A147B958EE1CD2D2FF97CED1B5A771BD87DDAF5B570F40  
D2FF97CED1B5A771BD87DDAF5B570F404440997F87CF79E1902F3DF5937D6153  
4440997F87CF79E1902F3DF5937D61535F670B595F92950753988D29147BCB28