

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° 213 DEL 29/09/2015

OGGETTO

PRESA ATTO RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI DI BUDGET ANNO 2014

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

IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Ing. Mario Tubertini

***nominato con Decreto del Presidente della Regione FVG n. 091/Pres. del 08.05.2015
e incaricato con contratto n. 714/AP dell'11.05.2015,
a decorrere dal 18.05.2015 e sino al 31.12.2018***

***coadiuvato dal Direttore Scientifico, Dott. Paolo De Paoli
e dal Direttore Amministrativo, Dott. Renzo Alessi***

OGGETTO: PRESA ATTO RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI DI BUDGET ANNO 2014

IL DIRETTORE GENERALE

Visto l'art. 6 della Legge Regionale 11 agosto 2010 n. 16 che stabilisce i criteri di valutazione della prestazione;

Richiamata la deliberazione del direttore generale n. 107 del 23.04.2014 con la quale sono state approvate le schede di budget anno 2014;

Considerato che l'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance (OIVP), nelle sedute del 20.05.2015, del 19.06.2015 e del 06.08.2015, ha esaminato e valutato il monitoraggio annuale delle schede di budget 2014, confermando la valutazione di prima istanza delle direzioni, come risultante dai verbali n. 7, n. 8 e n. 9 (agli atti dell'ufficio controllo di gestione);

Dato atto che a conclusione del percorso di budget è stata predisposta la relazione sulla performance anno 2014;

Tenuto conto che l'OIVP ha provveduto alla validazione della Relazione sulla performance in data 15 settembre 2015;

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 1 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:

1. di prendere atto, sulla base di quanto verbalizzato dall'OIVP nei verbali n. 7 del 20.05.2015, n. 8 del 19.06.2015 e n. 9 del 06.08.2015, della valutazione finale degli obiettivi di budget (Allegato 1 – Valutazione annuale schede di budget 2014);
2. di approvare in via definitiva la relazione sulla performance anno 2014 così come validata dall'OIVP in data 15 settembre 2015 ed allegata quale parte integrante della presente deliberazione;
3. di disporre la pubblicazione della suddetta relazione sul sito istituzionale dell'Istituto nella sezione “Amministrazione Trasparente” così come previsto dal D.Lgs. 33 del 14.03.2013.

Allegati n.

- Valutazione annuale schede di budget 2014
- Relazione sulla performance anno 2014

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: CRISTINA ANDRETTA
CODICE FISCALE: NDRCST65R67G888L
DATA FIRMA: 28/09/2015 15:12:09
IMPRONTA: 43D31F70511FCEB7840DE0C8CB42E3B9397FDAC50F5E5B0B54E27CE5AD47A572
397FDAC50F5E5B0B54E27CE5AD47A572EE740C582966287E85009091C8B6B14F
EE740C582966287E85009091C8B6B14F5C366D3B5C5FDD5EC38F2D4C8EC1F266
5C366D3B5C5FDD5EC38F2D4C8EC1F266D33573EE930782A4A4FC211C20D28EA6

NOME: RAFFAELLA CATTARUZZA
CODICE FISCALE: CTTRFL70L64A5160
DATA FIRMA: 28/09/2015 15:27:34
IMPRONTA: 660A5DAC92FA80D8A4C2245C52837298F6463E1194FC7B3CDFC950FB8893CBFD
F6463E1194FC7B3CDFC950FB8893CBFDDB8042CE4D72BFE7A149A34DE2EB6190
BB8042CE4D72BFE7A149A34DE2EB619022C66E27F578E1C5FD85B35112C51B54
22C66E27F578E1C5FD85B35112C51B54F3D47307E591E9AEDF236087B37D79FB

NOME: ALESSANDRO FALDON
CODICE FISCALE: FLDLSN63E04C957S
DATA FIRMA: 28/09/2015 16:52:31
IMPRONTA: A37BC40CF69CF5A6E289220BBAD0FD1AAEA145A85B747DF4F0C7C9D6DAEE8593
AEA145A85B747DF4F0C7C9D6DAEE8593C2EAF77DC217F5D37802E9DBD893F13A
C2EAF77DC217F5D37802E9DBD893F13A00115A4BFF40B4BF2B3EDE53CA0AFCF2
00115A4BFF40B4BF2B3EDE53CA0AFCF274DD777DA7FC321585A84D09FF089222

NOME: PAOLO DE PAOLI
CODICE FISCALE: DPLPLA55S18L483A
DATA FIRMA: 29/09/2015 17:13:15
IMPRONTA: B127DFFC138B17A20E6EC075AB3B835DB77CAED90553B037EF77838F9009EACF
B77CAED90553B037EF77838F9009EACF33F6C474F9C40A7503368E2DA5F138E2
33F6C474F9C40A7503368E2DA5F138E2EE913692414459998F816ECC8265312A
EE913692414459998F816ECC8265312A180EF02B554C67C4439D38A454F97D9D

NOME: RENZO ALESSI
CODICE FISCALE: LSSRNZ55C20G2240
DATA FIRMA: 29/09/2015 17:26:07
IMPRONTA: 8E1A2FC8BC81CAC20CBB3000174F6F9AD0590C5B580ADAF03CF76A74D353EF4B
D0590C5B580ADAF03CF76A74D353EF4B6E1EA4EA0D8024A4092C8D08731E1002
6E1EA4EA0D8024A4092C8D08731E100292673565A3FB93C14831DC18BCC5DBB7
92673565A3FB93C14831DC18BCC5DBB70451793E12C1C14757B0CF13BFF6B866

NOME: MARIO TUBERTINI
CODICE FISCALE: TBRMRA55P23C265V
DATA FIRMA: 29/09/2015 17:47:45
IMPRONTA: 07B431B932909023D37D63F45528FBF3298C9619257BD1AA41BE9048A7DABD09
298C9619257BD1AA41BE9048A7DABD092FDE53B0D7C9670F9116F373D20213BB
2FDE53B0D7C9670F9116F373D20213BB6359BCB84E4209BA9E3E72A04113AC7A
6359BCB84E4209BA9E3E72A04113AC7AAAE24614DF74498ECE80EB24588EB36C

Centro di Riferimento Oncologico - AVIANO

ALLEGATO N. 1

**VALUTAZIONE ANNUALE
SCHEDE DI BUDGET 2014**

Approvato dall'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance con Verbale n. 8 del 19/6/15

Le linee per la gestione del SSR anno 2014 prevedono, tra le misure complessive di contenimento dei costi, una riduzione del 4% dei costi dei prodotti farmaceutici del 2013. Nell'ambito di questo vincolo, viene assegnato un budget di contenimento dei consumi di prodotti farmaceutici il cui raggiungimento rappresenta la precondizione per la valutazione degli altri obiettivi legati alla retribuzione di risultato dei direttori di struttura complessa e semplice dipartimentale. Verrà ritenuto risultato negativo uno scostamento > dell'1% sui costi comuni e sui costi propri rispetto al valore di budget.

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	incentivazione/valutazione				
			dirigenza		comparto		
			direttore	dirigenti	PO	Coord	restante personale
obiettivo aziendale							
Revisione dei percorsi di patologia (PDTA) con particolare riferimento a colon retto, ovaio mammella, melanoma	<ul style="list-style-type: none"> - partecipazione attiva ai gruppi di lavoro formalizzati dalla direzione sanitaria - formalizzazione della revisione del percorso con l'indicazione degli indicatori entro aprile - avvio della fase pilota nel secondo semestre - monitoraggio degli indicatori dal mese successivo all'avvio 	<ul style="list-style-type: none"> - evidenza del documento di revisione dei percorsi - rispetto degli indicatori 	10%	10%	10%	10%	10%

Monitoraggio al 31.12.2014

Nell'anno 2014 è stato avviato il programma aziendale per l'analisi e revisione dei PDTA. Sono stati formalmente costituiti i gruppi di lavoro relativi ai PDTA del melanoma, della mammella, del colon-retto, dell'ovaio e dei linfomi che hanno analizzato e in parte modificato i percorsi esistenti con ricadute sulle attività sanitarie e sull'organizzazione.

Sono stati, inoltre, proposti da ciascun team degli indicatori tra i quali andranno selezionati, dopo attento esame, quelli maggiormente idonei al monitoraggio della attività critiche di ciascun PDTA.

Con nota prot. 3454/DS del 24.02.2015 è stata data evidenza che il mancato rispetto del cronoprogramma previsto dagli indicatori di budget è dipeso da cause indipendenti dalle varie strutture operative. Per questo motivo e tenuto conto dell'attività svolta dalle varie strutture operative coinvolte, la direzione sanitaria ha ritenuto di riconoscere questo obiettivo come pienamente raggiunto.

Grado di Raggiungimento

personale dirigenza	100,00%
personale comparto	100,00%

obiettivo di struttura							
Miglioramento appropriatezza ricoveri e completezza/qualità della scheda di dimissione ospedaliera (SDO)	<ul style="list-style-type: none"> - partecipazione attiva all'attività di controllo della coerenza delle codifiche delle SDO con il contenuto della cartella amministrativa e del rispetto delle linee guida dei LEA e disposizioni regionali. Il monitoraggio verrà effettuato su tutte le cartelle chiuse nel mese di gennaio e febbraio e successivamente con cadenza bimestrale su un campione di una settimana al mese. - % dei campi obbligatori compilati - % di chiusura delle SDO entro i termini (entro il 20 del mese successivo alla dimissione ordinaria o all'ultimo accesso in DH). <p>Valutazione finale : media raggiungimento dei tre target</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 95% di appropriatezza e completezza/qualità delle SDO nell'ultimo bimestre 2014 - 95% di campi obbligatori compilati - 95% delle SDO chiuse nei termini previsti 	5%	5%	5%		

Monitoraggio al 31.12.2014

In attuazione al piano dei controlli, l'Istituto ha messo in atto alcuni controlli finalizzati a migliorare l'appropriatezza organizzativa. In particolare sono stati monitorati i seguenti indicatori LEA:

- la riduzione dei ricoveri DH di tipo diagnostico
- la riduzione del numero di dimissioni da reparti chirurgici con DRG M.

La valutazione dell'obiettivo viene pertanto limitata ai risultati ottenuti rispetto al valore soglia di questi due indicatori, il primo per le strutture di oncologia e radioterapia, il secondo per le strutture di chirurgia.

L'Istituto ha, inoltre, svolto attività di controllo sulla congruità delle SDO con miglioramenti, rispetto al 2013, dei risultati dell'indicatore dei DRG mal definiti.

Obiettivo valutato nel suo complesso per tutte le strutture del dipartimento medico, sulla base dei dati disponibili e con le stesse modalità dell'anno precedente:

- 100% appropriatezza e completezza/qualità delle SDO
- 100% di campi obbligatori compilati;
- 97,39% delle SDO chiuse nei termini previsti

I valori riproporzionati al 95% diventano:

- 100% appropriatezza e completezza/qualità delle SDO
- 100% di campi obbligatori compilati;
- 100% delle SDO chiuse nei termini previsti

per un raggiungimento complessivo dell'obiettivo pari al 100%

Grado di Raggiungimento

personale dirigenza	100,00%
personale comparto	100,00%

ATTIVITÀ			incentivazione/valutazione				
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	dirigenza		comparto		
			direttore	dirigenti	PO	Coor d	restante personale
obiettivo comune oncologie							
Garantire i volumi (valore) dell'attività di ricovero e ambulatoriale del 2013	valore ricoveri e valore ambulatoriale delle strutture di oncologia A, B e C (applicazione tariffario regionale). Il risultato viene valutato come segue: valore ≥ 95% = 100% valore ≥ 90% e < 95% = 90% valore ≥ 75% e < 90% = 50% valore < 75% = 0%	€ 11.138.000	40%	40%	40%	40%	40%
Monitoraggio al 31.12.2014			Grado di Raggiungimento				
€ 10.608.884 (grado raggiungimento 95,25% che in base alla scala di valutazione diventa 100%)			personale dirigenza		100,00%		
			personale comparto		100,00%		
obiettivo di struttura							
Miglioramento della complessità della casistica trattata per i ricoveri ordinari	valore del peso medio dei ricoveri ordinari	valore non inferiore a 1	x	x			
Monitoraggio al 31.12.2014			Grado di Raggiungimento				
- OMA: 0,92. Si evidenzia che nel corso del 2014 c'è stato il trasferimento di alcune attività il cui peso medio è > 1 (codice DRG: 064). Inoltre si registra un minor numero di dimessi HIV ma con un incremento della degenza media. - OMB: 0,87. Il target era stato sovrastimato rispetto allo storico: la struttura ha mantenuto il peso medio registrato negli ultimi due anni (2012-2013) - OMC: 0,96. Il target era stato sovrastimato rispetto allo storico: la struttura ha un peso medio più alto rispetto agli ultimi due anni (2012-2013). Valutate le sopra descritte motivazioni, l'obiettivo viene considerato raggiunto.			personale dirigenza		in linea		
			personale comparto				
obiettivo dipartimentale							
Pubblicazioni scientifiche	punti di impact factor normalizzato. L'obiettivo è valutato secondo il criterio di proporzionalità con soglia minima dell'80%.	valore dipartimentale: 160 IF normalizzato	20%	20%			
Monitoraggio al 31.12.2014			Grado di Raggiungimento				
283,5			personale dirigenza		100,00%		
			personale comparto				
obiettivo di struttura							
Variabili attività scientifica (Allegato 1)	punti attività scientifica della struttura operativa. I punteggi realizzati vengono valutati come segue: un punteggio > = 4 punti = 100% un punteggio < 1 punti = 0 il restante = 80%	punteggio > 4	2%	2%			
Monitoraggio al 31.12.2014			Grado di Raggiungimento				
obiettivo raggiunto			personale dirigenza		100,00%		
			personale comparto				
obiettivo dipartimentale							
Partecipazione alla visita del Consiglio Scientifico Internazionale (CSI) del 14-15 marzo 2014	numero di partecipanti per dipartimento	almeno il 20% dei dirigenti del dipartimento in entrambe le giornate (con tolleranza del -5%)	3%	3%			
Monitoraggio al 31.12.2014			Grado di Raggiungimento				
Ad entrambe le giornate hanno partecipato 11 dirigenti			personale dirigenza		100,00%		
			personale comparto				

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	dirigenza		comparto		
			direttore	dirigenti	PO	Coor d	restante personale
obiettivo di struttura							
Adozione di politiche del farmaco con particolare riferimento ai farmaci ad alto costo in accordo al Choosing Wisely dell'ASCO	<ul style="list-style-type: none"> - entro febbraio: istituzione di un gruppo di lavoro multidisciplinare - entro febbraio: individuazione di un elenco di farmaci ad alto costo già in uso e di un elenco di farmaci ad alto costo di nuova introduzione - entro marzo: predisposizione di un documento contenente i criteri per la prescrizione/consumo dei farmaci elencati - da aprile: monitoraggio bimestrale da parte della SOC di Farmacia dell'applicazione dei criteri e dell'appropriatezza prescrittiva 	<ul style="list-style-type: none"> - sono definite e applicate le linee guida per la prescrizione dei farmaci ad alto costo individuati - almeno il 95% dei cicli prescritti è appropriato secondo le linee guida 	5%	5%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Monitoraggio al 31.12.2014

- Con nota prot. 1815/S del 23.01.2014 è stato costituito il gruppo di lavoro
 - con nota prot. 13/F del 20.02.2014 è stato individuato l'elenco dei farmaci oggetto di valutazione onco-aifa e ad alto costo
 - predisposte le linee guida per colon-retto, mammella, linfomi, mieloma e HIV anche se con tempistiche diverse
 Con nota prot. 12/2015 il direttore della SOC di farmacia ha trasmesso una relazione dalla quale si evince che l'appropriatezza d'impiego dell'uso dei farmaci secondo le linee guida del colon-retto, mammella, linfomi, mieloma, e HIV è superiore al 95% dei casi con la conseguente riduzione dei consumi.
 Visti i buoni risultati in termini di appropriatezza e di risparmio di consumi, l'obiettivo viene considerato raggiunto.

Grado di Raggiungimento

personale dirigenza **100,00%**

personale comparto

obiettivo di struttura							
Garantire le registrazioni nel RFOM per i farmaci soggetti a monitoraggio AIFA	% di inserimento nel RFOM delle informazioni previste: registrazione, diagnosi, richieste di farmaco, effetti indesiderati, rivalutazione dello stato di malattia e fine trattamento.	100% di informazioni inserite secondo le indicazioni AIFA	x	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Monitoraggio al 31.12.2014

OMA+ALTE DOSI : 74,5% (nota prot. 20/2015 F del 14.02.2015)
 OMB: 86,1% (nota prot. 15/2015 F del 06.02.2015)
 OMC: 63,34% (nota prot. 13/2015 F del 05.02.2015)

Grado di Raggiungimento

personale dirigenza **non in linea**

personale comparto

obiettivo di struttura							
Implementazione delle cartelle oncologiche informatizzate	<ul style="list-style-type: none"> 1. % di cartelle implementate secondo le indicazioni della direzione sanitaria relativamente ad almeno questi campi: protocollo/farmaco, diagnosi/sede, stadiazione. Monitoraggio semestrale dei parametri di completezza (al 30.06.2014, al 31.12.2014). 2. partecipazione attiva con Insiel alla definizione dei contenuti ulteriori della cartella informatizzata 	<ul style="list-style-type: none"> 1. almeno il 95% dei pazienti in trattamento. 2. sono definiti i contenuti ulteriori della cartella oncologica 	5%	5%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Monitoraggio al 31.12.2014

1. OMA: 99,42%; OMB: 100%; OMC: 99,54%
 2. nel corso del 2014 sono state riviste con Insiel le pagine della cartella oncologica e le strutture hanno avviato l'implementazione della cartella di valutazione

Grado di Raggiungimento

personale dirigenza **100,00%**

personale comparto

GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO
incentivazione/valutazione

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	dirigenza		comparto		
			direttore	dirigenti	PO	Coor d	restante personale
obiettivo comune oncologie e tcad							
Accreditamento Jacie	- trasferimento delle stanze di degenze della struttura TCAD - apertura degli ambulatori TCAD entro il 2° semestre	dare risposta alle osservazioni richieste dall'Ente certificante durante la visita di accreditamento	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	30%	30%	30%

Monitoraggio al 31.12.2014

- Il trasferimento del reparto al V piano è stato effettuato.
- Sono stati identificati gli ambienti più idonei all'apertura dei nuovi ambulatori del primo piano. Non sono stati ancora eseguiti i lavori murari per l'apertura dei nuovi ambulatori.
Gli ispettori Jacie hanno considerato idoneo il progetto dei lavori ed è stato ottenuto l'accreditamento.

Grado di Raggiungimento

personale dirigenza	in linea
personale comparto	100,00%

obiettivo aziendale

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	direttore	dirigenti	PO	Coor d	restante personale
Programma di accreditamento internazionale	partecipazione alle attività con le cadenze previste nel programma	è rispettato il cronoprogramma di Accreditation Canada	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	5%	5%	10%

Monitoraggio al 31.12.2014

Il cronoprogramma è stato rispettato. Nel corso del 2014 è stato avviato il nuovo ciclo con la fase di formazione svolta direttamente da Accreditation Canada (1-3 ottobre) e sono stati costituiti formalmente i team (29.12).

Grado di Raggiungimento

personale dirigenza	in linea
personale comparto	100,00%

GESTIONE RISORSE UMANE E ORGANIZZAZIONE
incentivazione/valutazione

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	dirigenza		comparto		
			direttore	dirigenti	PO	Coor d	restante personale
obiettivo comune oncologie							
Gestire le ferie del personale del comparto	Il risultato atteso è calcolato in questo modo: -per il personale con residuo ferie al 1/1/14 >6 gg: ridurre il residuo di almeno il 10% -per il personale con residuo ferie al 1/1/14 ≤6 gg: mantenere un residuo ferie ≤ 6 giorni. La valutazione è effettuata a livello complessivo. 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.	perseguire nel percorso di abbattimento del residuo ferie: obiettivo 2.119 gg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Monitoraggio al 31.12.2014

2.079 gg
L'OIVP prende atto della complessità delle situazioni realizzatesi, tale da rendere estremamente impegnativa la valutazione precisa del grado di raggiungimento dell'obiettivo da parte delle diverse strutture. Di conseguenza si ritiene di non valutare l'obiettivo. (Verbale n. 7 in data 20/05/2015)

Grado di Raggiungimento

personale dirigenza	
personale comparto	non valutabile

obiettivo di struttura

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	direttore	dirigenti	PO	Coor d	restante personale
Gestire le ferie del personale della dirigenza	Il risultato atteso è calcolato in questo modo: -per il personale con residuo ferie al 1/1/14 >8 gg: ridurre il residuo di almeno il 10% -per il personale con residuo ferie al 1/1/14 ≤8 gg: mantenere un residuo ferie ≤ 8 giorni. La valutazione è effettuata a livello complessivo. 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.	perseguire nel percorso di abbattimento del residuo ferie - obiettivo: OMA 410 gg OMB 69 gg OMC 302 gg	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Monitoraggio al 31.12.2014

OMA 372 gg
OMB 64 gg
OMC 267 gg
L'OIVP prende atto della complessità delle situazioni realizzatesi, tale da rendere estremamente impegnativa la valutazione precisa del grado di raggiungimento dell'obiettivo da parte delle diverse strutture. Di conseguenza si ritiene di non valutare l'obiettivo. (Verbale n. 7 in data 20/05/2015)

Grado di Raggiungimento

personale dirigenza	non valutabile
personale comparto	

obiettivo di struttura

<p>Rispettare il budget assegnato per i prodotti farmaceutici</p>	<p>importo dei consumi assegnato (riduzione del 5% dei consumi del 2013 sia per i consumi diretti della struttura sia per i consumi comuni dipartimentali) Le modalità di valutazione del responsabile di struttura sono riportate nella premessa della scheda di budget</p>	<p>€ 1.278.000 per i consumi comuni € 7.728.000 per i consumi diretti OMA € 2.068.000 per i consumi diretti OMB € 5.357.000 per i consumi diretti OMC (con tolleranza del -1% sia per i consumi diretti che per quelli comuni dipartimentali).</p>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--	--	-------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

x	x			
---	---	--	--	--

Monitoraggio al 31.12.2014

€ 1.362.160 consumi comuni (raggiungimento: 94,47%). L'aumento è determinato da un maggior consumo di antifungini utilizzati nei protocolli di profilassi delle micosi sistemiche in relazione ai lavori di ristrutturazione ambientale e all'aumento di pazienti trapiantati immunodepressi pre-ricoverati in area comune.
 € 7.395.376 consumi diretti OMA (raggiungimento: 100%)
 € 2.516.363 consumi diretti OMB (raggiungimento: 79,52% che diventa 94,51% se si escludono i farmaci relativi ai tumori rari). Si segnala un aumento dei mesi-terapia del farmaco pazopanib per paziente rispetto al 2013, in parte dovuti al trascinarsi al 2014 delle terapie efficaci iniziate nel 2013.
 € 5.318.050 consumi diretti OMC (raggiungimento: 100%).
 Valutate le sopra descritte motivazioni, gli obiettivi vengono considerati raggiunti.

Grado di Raggiungimento

personale dirigenza in linea
 personale comparto

obiettivo comune oncologie e tcad

<p>Rispettare il budget assegnato per i presidi chirurgici</p>	<p>importo dei consumi assegnato per le oncologie e le alte dosi (riduzione del 10% dei consumi 2012)</p>	<p>€ 452.000</p>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	---	-------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Monitoraggio al 31.12.2014

€ 501.633,05 (89,02%)

Grado di Raggiungimento

personale dirigenza non in linea
 personale comparto

SINTESI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI INCENTIVATI

	% raggiungimento obiettivi incentivati	% valutazione
personale dirigenza	97,46%	100%
personale comparto	100,00%	100%

Il personale del comparto è assegnato funzionalmente alle attività delle strutture di oncologia dal direttore di dipartimento

Approvato dall'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance con Verbale n. 8 del 19/6/15

Le linee per la gestione del SSR anno 2014 prevedono, tra le misure complessive di contenimento dei costi, una riduzione del 4% dei costi dei prodotti farmaceutici del 2013. Nell'ambito di questo vincolo, viene assegnato un budget di contenimento dei consumi di prodotti farmaceutici il cui raggiungimento rappresenta la precondizione per la valutazione degli altri obiettivi legati alla retribuzione di risultato dei direttori di struttura complessa e semplice dipartimentale. Verrà ritenuto risultato negativo uno scostamento > dell'1% sui costi comuni e sui costi propri rispetto al valore di budget.

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	incentivazione/valutazione								
			dirigenza		comparto						
			direttore	dirigenti	coordin.	restante personal					
obiettivo aziendale											
Revisione dei percorsi di patologia (PDTA) con particolare riferimento a colon retto, ovaio mammella, melanoma	- partecipazione attiva ai gruppi di lavoro formalizzati dalla direzione sanitaria - formalizzazione della revisione del percorso con l'indicazione degli indicatori entro aprile - avvio della fase pilota nel secondo semestre - monitoraggio degli indicatori dal mese successivo all'avvio	- evidenza del documento di revisione dei percorsi - rispetto degli indicatori	10%	10%	10%	10%					

Monitoraggio al 31.12.2014

Nell'anno 2014 è stato avviato il programma aziendale per l'analisi e revisione dei PDTA. Sono stati formalmente costituiti i gruppi di lavoro relativi ai PDTA del melanoma, della mammella, del colon-retto, dell'ovaio e dei linfomi che hanno analizzato e in parte modificato i percorsi esistenti con ricadute sulle attività sanitarie e sull'organizzazione.

Sono stati, inoltre, proposti da ciascun team degli indicatori tra i quali andranno selezionati, dopo attento esame, quelli maggiormente idonei al monitoraggio della attività critiche di ciascun PDTA.

Con nota prot. 3454/DS del 24.02.2015 è stata data evidenza che il mancato rispetto del cronoprogramma previsto dagli indicatori di budget è dipeso da cause indipendenti dalle varie strutture operative. Per questo motivo e tenuto conto dell'attività svolta dalle varie strutture operative coinvolte, la direzione sanitaria ha ritenuto di riconoscere questo obiettivo come pienamente raggiunto.

Grado di Raggiungimento

personale dirigenza	100,00%
personale comparto	100,00%

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	incentivazione/valutazione								
			dirigenza		comparto						
			direttore	dirigenti	coordin.	restante personal					
obiettivo di struttura											
Miglioramento appropriatezza ricoveri e completezza/qualità della scheda di dimissione ospedaliera (SDO)	- partecipazione attiva all'attività di controllo della coerenza delle codifiche delle SDO con il contenuto della cartella amministrativa e del rispetto delle linee guida dei LEA e disposizioni regionali. Il monitoraggio verrà effettuato su tutte le cartelle chiuse nel mese di gennaio e febbraio e successivamente con cadenza bimestrale su un campione di una settimana al mese. - % dei campi obbligatori compilati - % di chiusura delle SDO entro i termini (entro il 20 del mese successivo alla dimissione ordinaria o all'ultimo accesso in DH). Valutazione finale : media raggiungimento dei tre target	- 95% di appropriatezza e completezza/qualità delle SDO nell'ultimo bimestre 2014 - 95% di campi obbligatori compilati - 95% delle SDO chiuse nei termini previsti	5%	5%							

Monitoraggio al 31.12.2014

In attuazione al piano dei controlli, l'Istituto ha messo in atto alcuni controlli finalizzati a migliorare l'appropriatezza organizzativa. In particolare sono stati monitorati i seguenti indicatori LEA:

- la riduzione dei ricoveri DH di tipo diagnostico
- la riduzione del numero di dimissioni da reparti chirurgici con DRG M.

La valutazione dell'obiettivo viene pertanto limitata ai risultati ottenuti rispetto al valore soglia di questi due indicatori, il primo per le strutture di oncologia e radioterapia, il secondo per le strutture di chirurgia.

L'Istituto ha, inoltre, svolto attività di controllo sulla congruità delle SDO con miglioramenti, rispetto al 2013, dei risultati dell'indicatore dei DRG mal definiti.

Obiettivo valutato nel suo complesso per tutte le strutture del dipartimento medico, sulla base dei dati disponibili e con le stesse modalità dell'anno precedente:

- 100% appropriatezza e completezza/qualità delle SDO
- 100% di campi obbligatori compilati;
- 97,39% delle SDO chiuse nei termini previsti

I valori riproporzionati al 95% diventano:

- 100% appropriatezza e completezza/qualità delle SDO
- 100% di campi obbligatori compilati;
- 100% delle SDO chiuse nei termini previsti

per un raggiungimento complessivo dell'obiettivo pari al 100%

Grado di Raggiungimento

personale dirigenza	100,00%
personale comparto	

ATTIVITÀ			incentivazione/valutazione			
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	dirigenza		comparto	
			direttore	dirigenti	coordin.	restante personal
obiettivo di struttura						
Garantire l'attività di trapianto del 2012	numero di trapianti Il risultato viene valutato come segue: valore ≥ 95% = 100% valore ≥ 90% e < 95% = 90% valore ≥ 75% e < 90% = 50% valore < 75% = 0%	46 trapianti	40%	40%	40%	40%
Monitoraggio al 31.12.2014			Grado di Raggiungimento			
47 trapianti			personale dirigenza	100,00%		
			personale comparto	100,00%		
obiettivo di struttura						
Mantenimento della complessità della casistica trattata per i ricoveri ordinari dell'anno 2012	valore del peso medio dei ricoveri ordinari	valore non inferiore a 2,78	x	x		
Monitoraggio al 31.12.2014			Grado di Raggiungimento			
2,96			personale dirigenza	in linea		
			personale comparto			
obiettivo dipartimentale						
Pubblicazioni scientifiche	punti di impact factor normalizzato. L'obiettivo è valutato secondo il criterio di proporzionalità con soglia minima dell'80%.	valore dipartimentale: 160 IF normalizzato	20%	20%		
Monitoraggio al 31.12.2014			Grado di Raggiungimento			
283,5			personale dirigenza	100,00%		
			personale comparto			
obiettivo di struttura						
Variabili attività scientifica (Allegato 1)	punti attività scientifica della struttura operativa. I punteggi realizzati vengono valutati come segue: un punteggio > 4 punti = 100% un punteggio < 1 punti = 0 il restante = 80%	punteggio > 4	2%	2%		
Monitoraggio al 31.12.2014			Grado di Raggiungimento			
obiettivo raggiunto			personale dirigenza	100,00%		
			personale comparto			
obiettivo dipartimentale						
Partecipazione alla visita del Consiglio Scientifico Internazionale (CSI) del 14-15 marzo 2014	numero di partecipanti per dipartimento	almeno il 20% dei dirigenti del dipartimento in entrambe le giornate (con tolleranza del -5%)	3%	3%		
Monitoraggio al 31.12.2014			Grado di Raggiungimento			
Ad entrambe le giornate hanno partecipato 11 dirigenti			personale dirigenza	100,00%		
			personale comparto			

OBIETTIVO

INDICATORI/ATTIVITA'

TARGET 2014

dirigenza

comparto

obiettivo di struttura

direttore

dirigenti

coordin.

restante personale

Adozione di politiche del farmaco con particolare riferimento ai farmaci ad alto costo in accordo al Choosing Wisely dell'ASCO

- entro febbraio: istituzione di un gruppo di lavoro multidisciplinare
 - entro febbraio: individuazione di un elenco di farmaci ad alto costo già in uso e di un elenco di farmaci ad alto costo di nuova introduzione
 - entro marzo: predisposizione di un documento contenente i criteri per la prescrizione/consumo dei farmaci elencati
 - da aprile: monitoraggio bimestrale da parte della SOC di Farmacia dell'applicazione dei criteri e dell'appropriatezza prescrittiva

**- sono definite e applicate le linee guida per la prescrizione dei farmaci ad alto costo individuati
 - almeno il 95% dei cicli prescritti è appropriato secondo le linee guida**

5%

5%

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

- Con nota prot. 1815/S del 23.01.2014 è stato costituito il gruppo di lavoro
 - con nota prot. 13/F del 20.02.2014 è stato individuato l'elenco dei farmaci oggetto di valutazione onco-aifa e ad alto costo
 - predisposte le linee guida per colon-retto, mammella, linfomi, mieloma e HIV anche se con tempistiche diverse
 Con nota prot. 12/2015 il direttore della SOC di farmacia ha trasmesso una relazione dalla quale si evince che l'appropriatezza d'impiego dell'uso dei farmaci secondo le linee guida del colon-retto, mammella, linfomi, mieloma, e HIV è superiore al 95% dei casi con la conseguente riduzione dei consumi.
 Visti i buoni risultati in termini di appropriatezza e di risparmio di consumi, l'obiettivo viene considerato raggiunto.

personale dirigenza

100,00%

personale comparto

obiettivo di struttura

Garantire le registrazioni nel RFOM per i farmaci soggetti a monitoraggio AIFA

% di inserimento nel RFOM delle informazioni previste: registrazione, diagnosi, richieste di farmaco, effetti indesiderati, rivalutazione dello stato di malattia e fine trattamento.

100% di informazioni inserite secondo le indicazioni AIFA

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

OMA+ALTE DOSI : 74,5% (nota prot. 20/2015 F del 14.02.2015)

personale dirigenza

non in linea

personale comparto

obiettivo di struttura

Implementazione delle cartelle oncologiche informatizzate

1. % di cartelle implementate secondo le indicazioni della direzione sanitaria relativamente ad almeno questi campi: protocollo/farmaco, diagnosi/sede, stadiazione. Monitoraggio semestrale dei parametri di completezza (al 30.06.2014, al 31.12.2014).
 2. partecipazione attiva con Insiel alla definizione dei contenuti ulteriori della cartella informatizzata

**1. almeno il 95% dei pazienti in trattamento.
 2. sono definiti i contenuti ulteriori della cartella oncologica**

5%

5%

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

1. 98,02%
 2. nel corso del 2014 sono state riviste con Insiel le pagine della cartella oncologica e le strutture hanno avviato l'implementazione della cartella di valutazione

personale dirigenza

100,00%

personale comparto

CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

incentivazione/valutazione

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	incentivazione/valutazione			
			dirigenza		comparto	
			direttore	dirigenti	coordin.	restante personal
obiettivo comune oncologie e tead			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15%	10%
Attuazione della revisione organizzativa del DH definita nel progetto pilota del 2013 (ridistribuzione delle attività del DH)	- corso di formazione sul campo per lo sviluppo delle competenze delle attività assistenziali	entro il 31.12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15%	10%

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

E' stato realizzato un corso "Innovazione gestionale e sperimentazione di modelli organizzativi e gestionali nel Day Hospital del Dipartimento di Oncologia Medica" con l'obiettivo di proseguire nel miglioramento del percorso di cura del paziente che accede al day hospital.
 Sono stati, inoltre, realizzati altri due corsi relativi allo sviluppo delle competenze delle attività assistenziali:
 - Sviluppo delle competenze avanzate negli ambulatori multidisciplinari del Dipartimento di Oncologia Medica - Piattaforma primo piano - Prevenzione patologie cutanee
 - Sviluppo delle competenze avanzate negli ambulatori multidisciplinari Dipartimento di Oncologia Medico - Piattaforma primo piano - infezione da HIV.
 (nota prot. 1113/2015)

personale dirigenza
 personale comparto

numero di prescrizioni di chemioterapia entro le ore 9 di ogni giorno lavorativo

n. 6 prescrizioni di chemioterapia a partire dal mese di marzo. Nel corso dell'anno verrà valutato se aumentare il target a 8 prescrizioni.

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

In sede di monitoraggio del budget è stato concordato di valutare l'indicatore con riferimento all'ultimo trimestre perché nei mesi precedenti erano presenti dei ritardi nei tempi di refertazione degli esami di laboratorio e di considerare una flessibilità di 5 minuti nell'orario di inizio.
 Nel trimestre ottobre-dicembre la percentuale è pari a 74,60%.

personale dirigenza
 personale comparto

GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

incentivazione/valutazione

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	incentivazione/valutazione			
			dirigenza		comparto	
			direttore	dirigenti	coordin.	restante personal
obiettivo di struttura			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Applicazione check list per le procedure invasive e chirurgiche ambulatoriali	- individuazione delle procedure da monitorare entro aprile - % di schede compilate correttamente. Monitoraggio su un campione del 50% delle check list	90% del campione monitorato è compilato correttamente a partire dal 2° semestre	<input type="checkbox" value="x"/>	<input type="checkbox" value="x"/>	<input type="checkbox" value="x"/>	<input type="checkbox" value="x"/>

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

procedura individuata: Biopsia osteomidollare.
 Con nota prot. 14177/DS del 18.09.2014 sono state fornite delle specifiche sui criteri di monitoraggio.
 Il monitoraggio è stato eseguito in una settimana indice per ogni mese del secondo semestre.
 100% di check list compilate completamente su un campione di 2 procedure.

personale dirigenza
 personale comparto

obiettivo di struttura

Applicazione della procedura di ricognizione e riconciliazione farmacologica
 % di schede compilate correttamente in dimissione. Monitoraggio su un campione di 5 schede ogni bimestre per struttura operativa

60% del campione monitorato è compilato correttamente a partire dal 2° semestre

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

monitoraggio 2° semestre:
 ricognizione: 95% (comparto)
 riconciliazione: 0% (dirigenza)

personale dirigenza
 personale comparto

GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO
incentivazione/valutazione

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	incentivazione/valutazione			
			dirigenza		comparto	
obiettivo comune oncologie e tcad			direttore	dirigenti	coordin.	restante personal
Accreditamento Jacie	- trasferimento delle stanze di degenze della struttura TCAD - apertura degli ambulatori TCAD entro il 2° semestre	dare risposta alle osservazioni richieste dall'Ente certificante durante la visita di accreditamento	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	30%	30%

Monitoraggio al 31.12.2014
Grado di Raggiungimento

- Il trasferimento del reparto al V piano è stato effettuato.
- Sono stati identificati gli ambienti più idonei all'apertura dei nuovi ambulatori del primo piano. Non sono stati ancora eseguiti i lavori murari per l'apertura dei nuovi ambulatori.
Gli ispettori Jacie hanno considerato idoneo il progetto dei lavori ed è stato ottenuto l'accREDITAMENTO.
L'obiettivo viene pertanto considerato raggiunto

personale dirigenza in linea
personale comparto 100,00%

obiettivo aziendale

Programma di accreditamento internazionale	partecipazione alle attività con le cadenze previste nel programma	è rispettato il cronoprogramma di Accreditation Canada	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	5%	10%
---	--	---	-------------------------------------	-------------------------------------	----	-----

Monitoraggio al 31.12.2014
Grado di Raggiungimento

Il cronoprogramma è stato rispettato. Nel corso del 2014 è stato avviato il nuovo ciclo con la fase di formazione svolta direttamente da Accreditation Canada (1-3 ottobre) e sono stati costituiti formalmente i team (29.12).

personale dirigenza in linea
personale comparto 100,00%

GESTIONE RISORSE UMANE E ORGANIZZAZIONE
incentivazione/valutazione

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	incentivazione/valutazione			
			dirigenza		comparto	
obiettivo di struttura			direttore	dirigenti	coordin.	restante personal
Gestire le ferie del personale del comparto	Il risultato atteso è calcolato in questo modo: -per il personale con residuo ferie al 1/1/14 >6 gg: ridurre il residuo di almeno il 10% -per il personale con residuo ferie al 1/1/14 ≤6 gg: mantenere un residuo ferie ≤ 6 giorni. La valutazione è effettuata a livello complessivo. 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.	proseguire nel percorso di abbattimento del residuo ferie: obiettivo 436 gg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Monitoraggio al 31.12.2014
Grado di Raggiungimento

319 gg
L'OIVP prende atto della complessità delle situazioni realizzatesi, tale da rendere estremamente impegnativa la valutazione precisa del grado di raggiungimento dell'obiettivo da parte delle diverse strutture. Di conseguenza si ritiene di non valutare l'obiettivo. (Verbale n. 7 in data 20/05/2015)

personale dirigenza
personale comparto non valutabile

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	incentivazione/valutazione			
			dirigenza		comparto	
obiettivo di struttura			direttore	dirigenti	coordin.	restante personale
Gestire le ferie del personale della dirigenza	Il risultato atteso è calcolato in questo modo: -per il personale con residuo ferie al 1/1/14 >8 gg: ridurre il residuo di almeno il 10% -per il personale con residuo ferie al 1/1/14 ≤8 gg: mantenere un residuo ferie ≤ 8 giorni. La valutazione è effettuata a livello complessivo. 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.	proseguire nel percorso di abbattimento del residuo ferie: obiettivo 152 gg	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

127 gg
 L'OIVP prende atto della complessità delle situazioni realizzatesi, tale da rendere estremamente impegnativa la valutazione precisa del grado di raggiungimento dell'obiettivo da parte delle diverse strutture. Di conseguenza si ritiene di non valutare l'obiettivo. (Verbale n. 7 in data 20/05/2015)

personale dirigenza non valutabile
 personale comparto

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	incentivazione/valutazione			
			dirigenza		comparto	
obiettivo di struttura			direttore	dirigenti	coordin.	restante personale
Rispettare il budget assegnato per i prodotti farmaceutici	importo dei consumi assegnato (riduzione del 5% dei consumi del 2013 sia per i consumi diretti della struttura sia per i consumi comuni dipartimentali)	€ 1.278.000 per i consumi comuni € 364.000 per i consumi diretti (con tolleranza del -1% sia per i consumi diretti che per quelli comuni dipartimentali).	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

€ 1.362.160 consumi comuni (raggiungimento: 94,47%). L'aumento è determinato da un maggior consumo di antifungini utilizzati nei protocolli di profilassi delle micosi sistemiche e all'aumento di pazienti trapiantati immunodepressi pre-ricoverati in area comune.
 € 508.957 per i consumi diretti (raggiungimento 61,57%). Con nota prot. 06 del 10.03.2015, il direttore della struttura ha motivato l'aumento dei consumi con una profilassi più intensiva messa in atto a seguito della registrazione negli anni 2012-2013 di un aumento del numero di casi con infezione fungina documentata. Inoltre segnala un aumento del numero di trapianti rispetto al 2013 (+17 di cui +3 trapianti HIV).
 Valutate le sopra descritte motivazioni, l'obiettivo viene considerato raggiunto.

personale dirigenza in linea
 personale comparto

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	dirigenza	comparto
Rispettare il budget assegnato per i presidi chirurgici	importo dei consumi assegnato per le oncologie e le alte dosi (riduzione del 10% dei consumi 2012)	€ 452.000	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

€ 508.748

personale dirigenza non in linea
 personale comparto

SINTESI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI INCENTIVATI

	% raggiungimento obiettivi incentivati	% valutazione
personale dirigenza	97,46%	100%
personale comparto	100,00%	100%

Il personale del comparto è assegnato funzionalmente alle attività della struttura di terapia alte dosi dal direttore di dipartimento
 gli obiettivi della posizione organizzativa sono riportati nella scheda di budget delle oncologie

Approvato dall'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance con Verbale n. 8 del 19/6/15

In analogia alla valutazione degli obiettivi aziendali da parte della DCSISPS, l'obiettivo di equilibrio di bilancio rappresenta la precondizione per ogni ulteriore valutazione dei risultati attesi incentivati sotto riportati del direttore di struttura complessa. Nel caso di un'eventuale perdita di esercizio sarà valutato negativamente qualora eccedente lo 0,1% del totale dei costi della produzione.

ATTIVITÀ			incentivazione/valutazione		
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	dirigenza		comparto (*)
			direttore	dirigenti	personale
obiettivo di struttura					
Mantenimento dell'attività specialistica anno 2013	valore attività specialistica per interni Il risultato viene valutato come segue: valore ≥ 95% = 100% valore ≥ 90% e < 95% = 90% valore ≥ 75% e < 90% = 50% valore < 75% = 0%	€ 210.000	<input type="text" value="20%"/>	<input type="text" value="20%"/>	<input type="text" value="20%"/>
Monitoraggio al 31.12.2014			Grado di Raggiungimento		
€ 186.425. (grado raggiungimento 88,77% che in base alla scala di valutazione diventa 50%) Nel corso del 2014 si è registrata una riduzione delle richieste per interni (mail del direttore della cardiologia del 12.12). L'obiettivo viene pertanto considerato raggiunto.			personale dirigenza	<input type="text" value="100,00%"/>	
			personale comparto	<input type="text" value="100,00%"/>	
Mantenimento dell'attività specialistica anno 2013	valore attività specialistica ambulatoriale per esterni. Il risultato viene valutato come segue: valore ≥ 95% = 100% valore ≥ 90% e < 95% = 90% valore ≥ 75% e < 90% = 50% valore < 75% = 0%	€ 283.000	<input type="text" value="50%"/>	<input type="text" value="50%"/>	<input type="text" value="50%"/>
Monitoraggio al 31.12.2014			Grado di Raggiungimento		
€ 277.359 (grado raggiungimento 98,01% che in base alla scala di valutazione diventa 100%)			personale dirigenza	<input type="text" value="100,00%"/>	
			personale comparto	<input type="text" value="100,00%"/>	
obiettivo dipartimentale					
Pubblicazioni scientifiche	punti di impact factor normalizzato. L'obiettivo è valutato secondo il criterio di proporzionalità con soglia minima dell'80%.	valore dipartimentale: 160 IF normalizzato	<input type="text" value="5%"/>	<input type="text" value="5%"/>	<input type="text"/>
Monitoraggio al 31.12.2014			Grado di Raggiungimento		
283,5			personale dirigenza	<input type="text" value="100,00%"/>	
			personale comparto		
obiettivo di struttura					
Variabili attività scientifica (Allegato 1)	punti attività scientifica della struttura operativa. I punteggi realizzati vengono valutati come segue: un punteggio > = 4 punti = 100% un punteggio < 1 punti = 0 il restante = 80%	punteggio > 4	<input type="text" value="2%"/>	<input type="text" value="2%"/>	<input type="text"/>
Monitoraggio al 31.12.2014			Grado di Raggiungimento		
obiettivo raggiunto			personale dirigenza	<input type="text" value="100,00%"/>	
			personale comparto		

ATTIVITÀ			incentivazione/valutazione		
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	dirigenza		comparto (*)
obiettivo dipartimentale			direttore	dirigenti	personale
Partecipazione alla visita del Consiglio Scientifico Internazionale (CSI) del 14-15 marzo 2014	numero di partecipanti per dipartimento	almeno il 20% dei dirigenti del dipartimento in entrambe le giornate (con tolleranza del -5%)	<input type="text" value="3%"/>	<input type="text" value="3%"/>	<input type="text"/>
Monitoraggio al 31.12.2014			Grado di Raggiungimento		
Ad entrambe le giornate hanno partecipato 11 dirigenti			personale dirigenza	<input type="text" value="100,00%"/>	
			personale comparto		

GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO			incentivazione/valutazione		
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	dirigenza		comparto (*)
obiettivo di struttura			direttore	dirigenti	personale
Applicazione check list per le procedure invasive e chirurgiche ambulatoriali	- individuazione delle procedure da monitorare entro aprile - % di schede compilate correttamente. Monitoraggio su un campione del 50% delle check list	90% del campione monitorato è compilato correttamente a partire dal 2° semestre	<input type="text" value="20%"/>	<input type="text" value="20%"/>	<input type="text" value="20%"/>
Monitoraggio al 31.12.2014			Grado di Raggiungimento		
procedure individuate: prova da sforzo e ecocardio trans-esofageo. Con nota prot. 14177/DS del 18.09.2014 sono state fornite delle specifiche sui criteri di monitoraggio. Il monitoraggio è stato eseguito in una settimana indice per ogni mese del secondo semestre. 90,67% di check list compilate completamente su un campione di 53 procedure.			personale dirigenza	<input type="text" value="100,00%"/>	
			personale comparto	<input type="text" value="100,00%"/>	
obiettivo aziendale					
Programma di accreditamento internazionale	partecipazione alle attività con le cadenze previste nel programma	è rispettato il cronoprogramma di Accreditation Canada	<input type="text" value="x"/>	<input type="text" value="x"/>	<input type="text" value="10%"/>
Monitoraggio al 31.12.2014			Grado di Raggiungimento		
Il cronoprogramma è stato rispettato. Nel corso del 2014 è stato avviato il nuovo ciclo con la fase di formazione svolta direttamente da Accreditation Canada (1-3 ottobre) e sono stati costituiti formalmente i team (29.12).			personale dirigenza	<input type="text" value="in linea"/>	
			personale comparto	<input type="text" value="100,00%"/>	

GESTIONE RISORSE UMANE E ORGANIZZAZIONE			incentivazione/valutazione		
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	dirigenza		comparto (*)
obiettivo di struttura			direttore	dirigenti	personale
Gestire le ferie del personale del comparto	Il risultato atteso è calcolato in questo modo: -per il personale con residuo ferie al 1/1/14 >6 gg: ridurre il residuo di almeno il 10% -per il personale con residuo ferie al 1/1/14 ≤6 gg: mantenere un residuo ferie ≤ 6 giorni. La valutazione è effettuata a livello complessivo. 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.	perseguire nel percorso di abbattimento del residuo ferie: obiettivo 182 gg	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Monitoraggio al 31.12.2014			Grado di Raggiungimento		
212 gg			personale dirigenza		
			personale comparto	<input type="text" value="in linea"/>	

GESTIONE RISORSE UMANE E ORGANIZZAZIONE

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	incentivazione/valutazione		
			dirigenza	comparto (*)	
obiettivo di struttura			direttore	dirigenti	personale
Gestire le ferie del personale della dirigenza	Il risultato atteso è calcolato in questo modo: -per il personale con residuo ferie al 1/1/14 >8 gg: ridurre il residuo di almeno il 10% -per il personale con residuo ferie al 1/1/14 ≤8 gg: mantenere un residuo ferie ≤ 8 giorni. La valutazione è effettuata a livello complessivo. 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.	proseguire nel percorso di abbattimento del residuo ferie: obiettivo 149 gg	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Monitoraggio al 31.12.2014	Grado di Raggiungimento
156 gg	personale dirigenza <input type="checkbox"/> in linea personale comparto <input type="checkbox"/>

SISTEMI INFORMATIVI			incentivazione/valutazione		
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	comparto (*)		
			dirigenza	comparto (*)	
obiettivo di struttura			direttore	dirigenti	personale
Tracciati ECG: refertazione, archiviazione, conservazione legale sostitutiva e consultazione intra ed extra-ospedaliera	estensione del sistema PACS secondo le indicazioni del DSC	rispetto del cronoprogramma del DSC	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Monitoraggio al 31.12.2014	Grado di Raggiungimento
non ci sono state indicazioni da parte del DSC	personale dirigenza <input type="checkbox"/> non valutabile personale comparto <input type="checkbox"/> non valutabile

SINTESI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI INCENTIVATI

	% raggiungimento obiettivi incentivati	% valutazione
personale dirigenza	100,00%	100%
personale Comparto	100,00%	100%

Il personale del comparto è assegnato funzionalmente alle attività delle strutture di cardiologia dal direttore di dipartimento
 gli obiettivi della posizione organizzativa sono riportati nella scheda di budget delle oncologie

(*) gli obiettivi del coordinatore sono riportati nella scheda di budget delle oncologie

Approvato dall'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance con Verbale n. 8 del 19/6/15

In analogia alla valutazione degli obiettivi aziendali da parte della DCSISPS, l'obiettivo di equilibrio di bilancio rappresenta la precondizione per ogni ulteriore valutazione dei risultati attesi incentivati sotto riportati del direttore di struttura complessa. Nel caso di un'eventuale perdita di esercizio sarà valutato negativamente qualora eccedente lo 0,1% del totale dei costi della produzione.

QUALITÀ E APPROPRIATEZZA			incentivazione/valutazione				
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	dirigenza		comparto		
			direttore	dirigenti	PO	Coord	restante personale
obiettivo aziendale							
Revisione dei percorsi di patologia (PDTA) con particolare riferimento a colon retto, ovaio mammella, melanoma	<ul style="list-style-type: none"> - partecipazione attiva ai gruppi di lavoro formalizzati dalla direzione sanitaria - formalizzazione della revisione del percorso con l'indicazione degli indicatori entro aprile - avvio della fase pilota nel secondo semestre - monitoraggio degli indicatori dal mese successivo all'avvio 	<ul style="list-style-type: none"> - evidenza del documento di revisione dei percorsi - rispetto degli indicatori 	10%	10%	10%	10%	10%

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

Nell'anno 2014 è stato avviato il programma aziendale per l'analisi e revisione dei PDTA. Sono stati formalmente costituiti i gruppi di lavoro relativi ai PDTA del melanoma, della mammella, del colon-retto, dell'ovaio e dei linfomi che hanno analizzato e in parte modificato i percorsi esistenti con ricadute sulle attività sanitarie e sull'organizzazione. Sono stati, inoltre, proposti da ciascun team degli indicatori tra i quali andranno selezionati, dopo attento esame, quelli maggiormente idonei al monitoraggio della attività critiche di ciascun PDTA. Con nota prot. 3454/DS del 24.02.2015 è stata data evidenza che il mancato rispetto del cronoprogramma previsto dagli indicatori di budget è dipeso da cause indipendenti dalle varie strutture operative. Per questo motivo e tenuto conto dell'attività svolta dalle varie strutture operative coinvolte, la direzione sanitaria ha ritenuto di riconoscere questo obiettivo come pienamente raggiunto.

personale dirigenza	100,00%
personale comparto	100,00%

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	incentivazione/valutazione				
			dirigenza		comparto		
obiettivo di struttura			direttore	dirigenti	PO	Coord	restante personale
Miglioramento appropriatezza ricoveri e completezza/qualità della scheda di dimissione ospedaliera (SDO)	- partecipazione attiva all'attività di controllo della coerenza delle codifiche delle SDO con il contenuto della cartella amministrativa e del rispetto delle linee guida dei LEA e disposizioni regionali. Il monitoraggio verrà effettuato su tutte le cartelle chiuse nel mese di gennaio e febbraio e successivamente con cadenza bimestrale su un campione di una settimana al mese. - % dei campi obbligatori compilati - % di chiusura delle SDO entro i termini (entro il 20 del mese successivo alla dimissione ordinaria o all'ultimo accesso in DH). Valutazione finale : media raggiungimento dei tre target	- 95% di appropriatezza e completezza/qualità delle SDO nell'ultimo bimestre 2014 - 95% di campi obbligatori compilati - 95% delle SDO chiuse nei termini previsti	5%	5%	5%	5%	

Monitoraggio al 31.12.2014

In attuazione al piano dei controlli, l'Istituto ha messo in atto alcuni controlli finalizzati a migliorare l'appropriatezza organizzativa. In particolare sono stati monitorati i seguenti indicatori LEA:

- la riduzione dei ricoveri DH di tipo diagnostico
- la riduzione del numero di dimissioni da reparti chirurgici con DRG M.

La valutazione dell'obiettivo viene pertanto limitata ai risultati ottenuti rispetto al valore soglia di questi due indicatori, il primo per le strutture di oncologia e radioterapia, il secondo per le strutture di chirurgia.

L'Istituto ha, inoltre, svolto attività di controllo sulla congruità delle SDO con miglioramenti, rispetto al 2013, dei risultati dell'indicatore dei DRG mal definiti.

Obiettivo valutato nel suo complesso per tutte le strutture del dipartimento chirurgico, sulla base dei dati disponibili e con le stesse modalità dell'anno precedente:

- 100% appropriatezza e completezza/qualità delle SDO
- 99,99% di campi obbligatori compilati;
- 94,75% delle SDO chiuse nei termini previsti

I valori riproporzionati al 95% diventano:

- 100% appropriatezza e completezza/qualità delle SDO
- 100% di campi obbligatori compilati;
- 99,74% delle SDO chiuse nei termini previsti

per un raggiungimento complessivo dell'obiettivo pari al 99,9%

Grado di Raggiungimento

personale dirigenza	99,91%
personale comparto	99,91%

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	incentivazione/valutazione				
			dirigenza		comparto		
obiettivo in comune AP, radiologia e chirurgia senologica			direttore	dirigenti	PO	Coord	restante personale
Incrementare di almeno il 5% il numero di pazienti reclutate per il protocollo "one day diagnosis" del 2013	numero di pazienti	87 casi (incremento del 5% delle pazienti reclutate nel 2013)	x	x			x

Monitoraggio al 31.12.2014

140 casi nel 2014.

Grado di Raggiungimento

personale dirigenza	in linea
personale comparto	in linea

ATTIVITÀ **incentivazione/valutazione**

OBIETTIVO **INDICATORI/ATTIVITA'** **TARGET 2014** **dirigenza** **comparto**

obiettivo in comune chirurgia e anestesia			direttore	dirigenti	PO	Coord	restante personale
Incremento del 2% degli interventi relativi alle patologie: colon retto, gastrico, metastasi epatiche, tumori neuroendocrini, melanoma cutaneo, ovaio, vulva e mammella	numero interventi	incremento del 2% rispetto al 2012 mammella: 462 vulva: 13 fegato: 16 stomaco: 36 colon-retto: 80 ovaio: 83 sistema endocrino: 10 melanoma: 103	<input type="checkbox"/>				

Monitoraggio al 31.12.2014 **Grado di Raggiungimento**

<p>monitoraggio della direzione sanitaria: sono state rilevate tutte le diagnosi e sottocodici relative alle patologie considerate: mammella: 443 (nel 2014 si registra rispetto al 2012 un incremento di 25 DRG con complicanze. Si ritiene pertanto raggiunto il target assegnato) vulva: 27 fegato: 17 stomaco: 26 colon-retto: 82 ovaio: 78 sistema endocrino: 11 melanoma: 76 media del grado di raggiungimento dei diversi target: 92,50%</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>personale dirigenza</td> <td style="text-align: center;">92,5</td> </tr> <tr> <td>personale comparto</td> <td style="text-align: center;">92,5</td> </tr> </table>	personale dirigenza	92,5	personale comparto	92,5
personale dirigenza	92,5				
personale comparto	92,5				

obiettivo in comune chirurgia e anestesia

Mantenimento dei volumi (valore) del 2012 dell'attività di ricovero e ambulatoriale delle strutture di chirurgia e anestesia	valore complessivo (applicazione tariffario regionale). Il risultato viene valutato come segue: valore ≥ 95% = 100% valore ≥ 90% e < 95% = 90% valore ≥ 75% e < 90% = 50% valore < 75% = 0%	€ 9.150.000	<input type="checkbox"/>				
---	--	--------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Monitoraggio al 31.12.2014 **Grado di Raggiungimento**

€ 9.232.812				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>personale dirigenza</td> <td style="text-align: center;">100,00%</td> </tr> <tr> <td>personale comparto</td> <td style="text-align: center;">100,00%</td> </tr> </table>	personale dirigenza	100,00%	personale comparto	100,00%
personale dirigenza	100,00%			
personale comparto	100,00%			

obiettivo di struttura

Miglioramento della complessità della casistica trattata per i ricoveri ordinari	valore del peso medio dei ricoveri ordinari	≥ 2,09 per chirurgia generale ≥ 1,33 per chirurgia ginecologica ≥ 1,20 per chirurgia senologica	<input type="checkbox"/>				
---	---	--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Monitoraggio al 31.12.2014 **Grado di Raggiungimento**

<p>- 1,92 chirurgia generale. Si segnala che l'incarico di consulenza "supporto specialistico prevalentemente orientato al trattamento chirurgico della patologia neoplastica del polmone" si è concluso a luglio 2014 - 1,37 chirurgia ginecologica - 1,24 chirurgia senologica</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>personale dirigenza</td> <td style="text-align: center;">in linea gine e senol, non in linea chir. Gener.</td> </tr> <tr> <td>personale comparto</td> <td></td> </tr> </table>	personale dirigenza	in linea gine e senol, non in linea chir. Gener.	personale comparto	
personale dirigenza	in linea gine e senol, non in linea chir. Gener.				
personale comparto					

ATTIVITÀ			incentivazione/valutazione				
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	dirigenza		comparto		
			direttore	dirigenti	PO	Coord	restante personale
obiettivo dipartimentale							
Pubblicazioni scientifiche	punti di impact factor normalizzato. L'obiettivo è valutato secondo il criterio di proporzionalità con soglia minima dell'80%.	valore dipartimentale: 30 IF normalizzato	5%	5%			

Monitoraggio al 31.12.2014	Grado di Raggiungimento
62	personale dirigenza 100,00%
	personale comparto

obiettivo di struttura					
Variabili attività scientifica (Allegato 1)	punti attività scientifica della struttura operativa. I punteggi realizzati vengono valutati come segue: un punteggio > = 4 punti = 100% un punteggio < 1 punti = 0 il restante = 80%	punteggio > 4	2%	2%	

Monitoraggio al 31.12.2014	Grado di Raggiungimento
obiettivo raggiunto	personale dirigenza 100,00%
	personale comparto

obiettivo dipartimentale					
Partecipazione alla visita del Consiglio Scientifico Internazionale (CSI) del 14-15 marzo 2014	numero di partecipanti per dipartimento	almeno il 20% dei dirigenti del dipartimento in entrambe le giornate (con tolleranza del -5%)	3%	3%	

Monitoraggio al 31.12.2014	Grado di Raggiungimento
6 dirigenti hanno partecipato alla prima giornata e 10 alla seconda	personale dirigenza 100,00%
	personale comparto

CONTINUITÀ ASSISTENZIALE			incentivazione/valutazione				
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	dirigenza		comparto		
			direttore	dirigenti	PO	Coord	restante personale
obiettivo in comune chirurgia e anestesia							
Attuazione della revisione organizzativa dell'area ambulatori - DH del primo piano	1. studio di fattibilità relativo alla concentrazione di tutte le attività ambulatoriali e di day surgery del dipartimento al primo piano entro il mese di aprile 2. applicazione dello studio a partire dal mese di settembre	rispetto degli indicatori	10%	10%	10%	10%	10%

Monitoraggio al 31.12.2014	Grado di Raggiungimento
1. il documento è stato inviato al direttore sanitario nei tempi previsti 2. lo studio è stato applicato e l'attività presso la piastra chirurgica ambulatoriale del I piano è stata avviata in data 26.01.2015.	personale dirigenza 100,00%
	personale comparto 100,00%

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	dirigenza		comparto		
obiettivo di struttura			direttore	dirigenti	PO	Coord	restante personale
Applicazione check list per le procedure invasive e chirurgiche ambulatoriali	- individuazione delle procedure da monitorare entro aprile - % di schede compilate correttamente. Monitoraggio su un campione del 50% delle check list	90% del campione monitorato è compilato correttamente a partire dal 2° semestre	x	x	5%	5%	5%

Monitoraggio al 31.12.2014

procedure individuate:
chirurgia: biopsia epatica
ginecologia: conizzazione della portio e isteroscopia diagnostica
senologia: biopsie escissionali cute, di noduli della mammella e linfonodali
anestesia: Posizionamento: CVC Port (escluso PIC), CVC Groshong, CVC Picc, drenaggio pleurico, catetere peridurale, CVC pediatrico Hickman e Broviac
 Con nota prot. 14177/DS del 18.09.2014 sono state fornite delle specifiche sui criteri di monitoraggio.
 Il monitoraggio è stato eseguito in una settimana indice per ogni mese del secondo semestre.
Ginecologia: 98,2% di check list compilate completamente su un campione di 56 procedure.
Chirurgia generale: 100% di check list compilate completamente su un campione di 4 procedure
Senologia: nelle settimane indice le uniche attività rilevate erano rappresentate dalla biopsia escissionale della cute che non è una prestazione ordinaria della senologia e che spesso non necessita di monitoraggio correlato con i parametri rilevati nella check list. Le altre attività previste nel monitoraggio sono eseguite usualmente in dh. L'obiettivo non è valutabile.
Anestesia: 83,2% di check list compilate completamente su un campione di 113 procedure. Il numero elevato di attività rilevate nelle settimane indice condiziona il risultato della corretta compilazione che si avvicina molto al risultato atteso. L'obiettivo viene pertanto considerato raggiunto.
Comparto: 88,4% di check list compilate completamente su un campione di 173 procedure che diventa 99,42% con il riconoscimento del 100% dell'obiettivo dell'anestesia.

Grado di Raggiungimento

personale dirigenza	in linea chir, gine e anestesia. Non valutabile senol
personale comparto	100,00%

obiettivo di struttura

Applicazione della procedura di ricognizione e riconciliazione farmacologica	% di schede compilate correttamente in dimissione. Monitoraggio su un campione di 5 schede ogni bimestre per struttura operativa	60% del campione monitorato è compilato correttamente a partire dal 2° semestre	x	x	x	x	x
--	--	---	---	---	---	---	---

Monitoraggio al 31.12.2014

monitoraggio 2° semestre:
ricognizione: 43,14% (comparto)
riconciliazione: 6,67% CHIRURGIA, 13,33% GINECOLOGIA e 40% SENOLOGIA (dirigenza)

Grado di Raggiungimento

personale dirigenza	non in linea
personale comparto	non in linea

obiettivo aziendale

Programma di accreditamento internazionale	partecipazione alle attività con le cadenze previste nel programma	è rispettato il cronoprogramma di Accreditation Canada	x	x	15%	15%	20%
--	--	--	---	---	-----	-----	-----

Monitoraggio al 31.12.2014

Il cronoprogramma è stato rispettato. Nel corso del 2014 è stato avviato il nuovo ciclo con la fase di formazione svolta direttamente da Accreditation Canada (1-3 ottobre) e sono stati costituiti formalmente i team (29.12).

Grado di Raggiungimento

personale dirigenza	in linea
personale comparto	100,00%

GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

incentivazione/valutazione

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	incentivazione/valutazione				
			dirigenza	comparto			
obiettivo di struttura			direttore	dirigenti	PO	Coor d	restante personale
Avviamento del Protocollo Scientifico Behavior Based Safety (B-BS)	1.numero di check list (per ogni osservatore 5 rilevazioni/settimana) compilate 2.numero di riunioni di miglioramento eseguite (1 riunione di sottogruppo per settimana).	Sperimentazione del protocollo Scientifico Behavior Based Safety (B-BS) in collaborazione con AARBA e INAIL	x	x	10%	10%	10%

Monitoraggio al 31.12.2014

1. Nel mese di giugno sono stati abilitati dal gruppo direttivo e di progetto i primi 14 osservatori individuati all'attività di osservazione distribuiti per i diversi ruoli ed attività nelle aree del Dipartimento interessato. Questi osservatori hanno complessivamente condotto 1813 osservazioni pari a 5,39 osservazioni per settimana.
Con fine di ottobre 2014 sono stati formati ulteriori 26 osservatori sempre distribuiti tra le diverse aree e figure professionali coinvolte nel protocollo sperimentale BBS. Questi hanno condotto nei due mesi successivi 364 osservazioni pari a 2,33. Le osservazione medie di questi osservatori sono inferiore a 5 per settimana in quanto il periodo di osservazione è stato di solo due mesi in parte coincidente con festività.
2. E' stata modificata la frequenza delle riunioni passando da settimanale ad una ogni tre settimane (così come risulta dal documento "Behavior-Based Safety: la definizione delle regole del processo" dall'Associazione AARBA).
Dopo la formazione degli osservatori e del safety leader, si sono svolte le seguenti riunioni per la sicurezza suddivise per area : Sala Operatoria 4 riunioni, Reparto 3 riunioni, Anestesia 3, medici 2 . Si ritiene opportuno precisare che per il mese di dicembre era stata pianificata la Celebrazione come previsto dal protocollo dove si riuniva in plenaria la riunione per sicurezza come da cadenza prevista, ma per problemi organizzativi e di presenza del Direttore di Dipartimento è stato necessario posticiparla nel mese di gennaio.
Tenuto conto dell'attività svolta e della rendicontazione effettuata dal responsabile del SPPA, l'obiettivo viene considerato raggiunto.

Grado di Raggiungimento

personale dirigenza	in linea
personale comparto	100,00%

GESTIONE RISORSE UMANE E ORGANIZZAZIONE

incentivazione/valutazione

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	incentivazione/valutazione				
			dirigenza	comparto			
obiettivo di struttura			direttore	dirigenti	PO	Coor d	restante personale
Gestire le ferie del personale del comparto	Il risultato atteso è calcolato in questo modo: -per il personale con residuo ferie al 1/1/14 >6 gg: ridurre il residuo di almeno il 10% -per il personale con residuo ferie al 1/1/14 ≤6 gg: mantenere un residuo ferie ≤ 6 giorni. La valutazione è effettuata a livello complessivo. 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.	proseguire nel percorso di abbattimento del residuo ferie: obiettivo 2.615 gg			x	x	

Monitoraggio al 31.12.2014

2.943 gg	personale dirigenza	personale comparto	in linea
-----------------	---------------------	--------------------	----------

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	incentivazione/valutazione				
			dirigenza	comparto			
obiettivo di struttura			direttore	dirigenti	PO	Coord	restante personale
Gestire le ferie del personale della dirigenza	<p>Il risultato atteso è calcolato in questo modo:</p> <p>-per il personale con residuo ferie al 1/1/14 >8 gg: ridurre il residuo di almeno il 10%</p> <p>-per il personale con residuo ferie al 1/1/14 ≤8 gg: mantenere un residuo ferie ≤ 8 giorni.</p> <p>La valutazione è effettuata a livello complessivo. 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.</p>	perseguire nel percorso di abbattimento del residuo ferie - obiettivo: Chirurgia Generale 344 gg Senologia 109 gg Ginecologia 191 gg Anestesia 317 gg	X	X			

Monitoraggio al 31.12.2014

Chirurgia Generale 327 gg
Senologia 85 gg
Ginecologia 104 gg
Anestesia 186 gg
L'OIVP prende atto della complessità delle situazioni realizzatesi, tale da rendere estremamente impegnativa la valutazione precisa del grado di raggiungimento dell'obiettivo da parte delle diverse strutture. Di conseguenza si ritiene di non valutare l'obiettivo. (Verbale n. 7 in data 20/05/2015)

Grado di Raggiungimento

personale dirigenza non valutabile

personale comparto

GOVERNO DEI TEMPI DI ATTESA

incentivazione/valutazione

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	incentivazione/valutazione				
			dirigenza	comparto			
obiettivo struttura anestesia			direttore	dirigenti	PO	Coord	restante personale
Contenimento dei tempi di attesa per incannulazione venosa centrale	numero di prestazioni di incannulazione venosa centrale con esclusione dei casi programmati in tempi diversi per ragioni clinico terapeutiche	100% entro 10 giorni con tolleranza del -5%	X	X			

Monitoraggio al 31.12.2014

L'89% delle prestazioni di incannulazione venosa centrale sono erogate entro 10 giorni lavorativi: 578 su 651 [superano i 10 gg lavorativi di attesa - ma sono programmati per ragioni clinico terapeutiche - a gennaio: 6 prestazioni su 64; a febbraio 12 su 58; a marzo 18 su 44; ad aprile 22 su 59; a maggio 14 su 47; a giugno 13 su 60; a luglio 4 su 65; ad agosto 9 su 49; a settembre 5 su 49; a ottobre 3 su 71; a novembre 4 su 55; a dicembre 1 su 30]
Tenuto conto dell'assenza dal servizio di personale per malattia e maternità (quantificato complessivamente in 12 mesi - equivalente a - 1 persona rispetto al 2013), l'obiettivo non viene valutato.

Grado di Raggiungimento

personale dirigenza non valutabile

personale comparto

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	incentivazione/valutazione				
			dirigenza	comparto			
obiettivo in comune chirurgia			direttore	dirigenti	PO	Coord	restante personale
Rispetto dei tempi di attesa	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.	100% con tolleranza del -5%	X	X			

Monitoraggio al 31.12.2014

il dato è stato elaborato considerando solo gli interventi con priorità A e togliendo i casi valutati dalla direzione sanitaria per i quali il mancato rispetto dei tempi di attesa è dipeso da cause indipendenti dalle liste di attesa. Il risultato raggiunto, calcolato come media del raggiungimento delle tre strutture, è pari a 97,28% (Verbale OIVP n. 9 del 6/8/15)

Grado di Raggiungimento

personale dirigenza in linea

personale comparto

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	incentivazione/valutazione				
			dirigenza	comparto			
			direttore	dirigenti	PO	Coord	restante personale
obiettivo comune chirurgia e anestesia							
Monitorare i consumi di presidi chirurgici di sala operatoria	avvio della sperimentazione modulo del registro di sala operatoria di rilevazione dei consumi di presidi chirurgici per intervento	entro il 30.06	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Monitoraggio al 31.12.2014	Grado di Raggiungimento					
La sperimentazione è stata avviata nel mese di maggio, e contestualmente sono stati monitorati i consumi per tipologia di intervento registrato	<table style="width:100%;"> <tr> <td style="width:80%;">personale dirigenza</td> <td style="text-align: center;">in linea</td> </tr> <tr> <td>personale comparto</td> <td style="text-align: center;">100,00%</td> </tr> </table>	personale dirigenza	in linea	personale comparto	100,00%	
personale dirigenza	in linea					
personale comparto	100,00%					
obiettivo in comune chirurgia e anestesia						
Rispettare il budget assegnato per i presidi chirurgici del dipartimento (con esclusione dei consumi della gastroenterologia)	<table style="width:100%;"> <tr> <td style="width:50%;">importo dei consumi assegnato</td> <td style="width:20%; text-align: center;">€ 1.342.000 (riduzione del 10% dei consumi di presidi chirurgici del 2012)</td> <td style="width:10%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width:10%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width:10%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	importo dei consumi assegnato	€ 1.342.000 (riduzione del 10% dei consumi di presidi chirurgici del 2012)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
importo dei consumi assegnato	€ 1.342.000 (riduzione del 10% dei consumi di presidi chirurgici del 2012)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Monitoraggio al 31.12.2014	Grado di Raggiungimento				
€ 1.413.514 - € 40.079,72 = € 1.373.434,28 (dal totale dei consumi 2014 del dipartimento vengono esclusi i consumi diretti relativi agli interventi del dr. Barzan in quanto non previsti al momento dell'assegnazione del target). Tenuto conto della riduzione del vincolo operativo sui dispositivi medici disposto dalla regione con DGR 2100, l'obiettivo viene considerato raggiunto.	<table style="width:100%;"> <tr> <td style="width:80%;">personale dirigenza</td> <td style="text-align: center;">100,00%</td> </tr> <tr> <td>personale comparto</td> <td></td> </tr> </table>	personale dirigenza	100,00%	personale comparto	
personale dirigenza	100,00%				
personale comparto					

SINTESI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI INCENTIVATI

	% raggiungimento obiettivi incentivati	% valutazione
personale dirigenza	100,00%	100%
personale comparto	100,00%	100%

Il personale del comparto è assegnato funzionalmente alle attività delle strutture di chirurgia e anestesia dal direttore di dipartimento

Approvato dall'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance con Verbale n. 8 del 19/6/15

In analogia alla valutazione degli obiettivi aziendali da parte della DCSISPS, l'obiettivo di equilibrio di bilancio rappresenta la preconditione per ogni ulteriore valutazione dei risultati attesi incentivati sotto riportati del direttore di struttura complessa. Nel caso di un'eventuale perdita di esercizio sarà valutato negativamente qualora eccedente lo 0,1% del totale dei costi della produzione.

QUALITÀ E APPROPRIATEZZA			incentivazione/valutazione		
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	dirigenza		comparto
			direttore	dirigenti	personale
obiettivo aziendale					
Revisione dei percorsi di patologia (PDTA) con particolare riferimento a colon retto, ovaio mammella, melanoma	<ul style="list-style-type: none"> - partecipazione attiva ai gruppi di lavoro formalizzati dalla direzione sanitaria - formalizzazione della revisione del percorso con l'indicazione degli indicatori entro aprile - avvio della fase pilota nel secondo semestre - monitoraggio degli indicatori dal mese successivo all'avvio 	<ul style="list-style-type: none"> - evidenza del documento di revisione dei percorsi - rispetto degli indicatori 	10%	10%	10%

Monitoraggio al 31.12.2014

Nell'anno 2014 è stato avviato il programma aziendale per l'analisi e revisione dei PDTA. Sono stati formalmente costituiti i gruppi di lavoro relativi ai PDTA del melanoma, della mammella, del colon-retto, dell'ovaio e dei linfomi che hanno analizzato e in parte modificato i percorsi esistenti con ricadute sulle attività sanitarie e sull'organizzazione.

Sono stati, inoltre, proposti da ciascun team degli indicatori tra i quali andranno selezionati, dopo attento esame, quelli maggiormente idonei al monitoraggio della attività critiche di ciascun PDTA.

Con nota prot. 3454/DS del 24.02.2015 è stata data evidenza che il mancato rispetto del cronoprogramma previsto dagli indicatori di budget è dipeso da cause indipendenti dalle varie strutture operative. Per questo motivo e tenuto conto dell'attività svolta dalle varie strutture operative coinvolte, la direzione sanitaria ha ritenuto di riconoscere questo obiettivo come pienamente raggiunto.

Grado di Raggiungimento

personale dirigenza	100,00%
personale comparto	100,00%

obiettivo aziendale					
Applicazione degli indicatori di qualità di percorso alle prestazioni strumentali di gastroenterologia	numero di prestazioni strumentali con indicatori di qualità di percorso	95% da aprile 2014	10%	10%	10%

Monitoraggio al 31.12.2014

95,49%

Grado di Raggiungimento

personale dirigenza	100,00%
personale comparto	100,00%

ATTIVITÀ			incentivazione/valutazione		
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	dirigenza		comparto
			direttore	dirigenti	personale
Garantire i volumi (valore) dell'attività specialistica complessiva (esterni ed interni) del 2013	valore complessivo	€ 615.000	60%	60%	60%
	Il risultato viene valutato come segue: valore ≥ 95% = 100% valore ≥ 90% e < 95% = 90% valore ≥ 75% e < 90% = 50% valore < 75% = 0%				
Monitoraggio al 31.12.2014			Grado di Raggiungimento		
<p>€ 579.663 (grado raggiungimento 94,25% che in base alla scala di valutazione diventa 90%). Con mail del 26.01.2015 (prot. 2496/CG) il direttore della SOC ha dettagliato i motivi del mancato rispetto del target assegnato:</p> <ul style="list-style-type: none"> - sono state adottate le linee guida regionali per escludere la prestazione di colonscopia+polipectomia endoscopica dell'intestino crasso in favore della sola polipectomia - sono state adottate delle misure di riduzione degli esami più costosi a fronte del limite di budget di spesa per presidi - sono state adottate le linee guida europee sullo screening e follow-up delle lesioni precancerose del colon e dello stomaco con riduzione degli esami endoscopici - sono stati adottate i criteri di priorità della regione FVG con un aumento del tempo dedicato ad esami più complessi in particolare a quelli che richiedono l'assistenza anestesiológica e riduzione del numero di esami - è stata posta particolare attenzione negli incontri settimanali con discussione dei casi clinici interni all'appropriatezza delle indicazioni con aumento del tempo dedicato ad esami più complessi in particolare a quelli che richiedono l'assistenza anestesiológica e riduzione del numero di esami meno complessi. <p>Tenuto conto delle motivazioni sopra riportate, l'obiettivo viene considerato raggiunto</p>			personale dirigenza	100,00%	
			personale comparto	100,00%	

obiettivo dipartimentale					
Pubblicazioni scientifiche	punti di impact factor normalizzato. L'obiettivo è valutato secondo il criterio di proporzionalità con soglia minima dell'80%.	valore dipartimentale: 30 IF normalizzato	10%	10%	<input type="checkbox"/>

Monitoraggio al 31.12.2014			Grado di Raggiungimento		
62			personale dirigenza	100,00%	
			personale comparto		

obiettivo di struttura					
Variabili attività scientifica (Allegato 1)	punti attività scientifica della struttura operativa. I punteggi realizzati vengono valutati come segue: un punteggio > = 4 punti = 100% un punteggio < 1 punti = 0 il restante = 80%	punteggio > 4	2%	2%	<input type="checkbox"/>

Monitoraggio al 31.12.2014			Grado di Raggiungimento		
obiettivo raggiunto			personale dirigenza	100,00%	
			personale comparto		

obiettivo dipartimentale					
Partecipazione alla visita del Consiglio Scientifico Internazionale (CSI) del 14-15 marzo 2014	numero di partecipanti per dipartimento	almeno il 20% dei dirigenti del dipartimento in entrambe le giornate (con tolleranza del -5%)	3%	3%	<input type="checkbox"/>

Monitoraggio al 31.12.2014			Grado di Raggiungimento		
6 dirigenti hanno partecipato alla prima giornata e 10 alla seconda			personale dirigenza	100,00%	
			personale comparto		

GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

incentivazione/valutazione

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	incentivazione/valutazione		
			dirigenza		comparto
obiettivo di struttura			direttore	dirigenti	personale
Applicazione check list per le procedure invasive e chirurgiche ambulatoriali	- individuazione delle procedure da monitorare entro aprile - % di schede compilate correttamente. Monitoraggio su un campione del 50% delle check list	90% del campione monitorato è compilato correttamente a partire dal 2° semestre	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

procedure individuate: esofago-gastro-duodeno-scopia, colonscopia, endoscopia e enteroscopia singolo pallone. Con nota prot. 14177/DS del 18.09.2014 sono state fornite delle specifiche sui criteri di monitoraggio. Il monitoraggio è stato eseguito in una settimana indice per ogni mese del secondo semestre. 90,7% di check list compilate completamente su un campione di 346 procedure.

personale dirigenza	in linea
personale comparto	in linea

obiettivo aziendale

Programma di accreditamento internazionale	partecipazione alle attività con le cadenze previste nel programma	è rispettato il cronoprogramma di Accreditation Canada	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 20%
---	--	---	-------------------------------------	-------------------------------------	------------------------------

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

Il cronoprogramma è stato rispettato. Nel corso del 2014 è stato avviato il nuovo ciclo con la fase di formazione svolta direttamente da Accreditation Canada (1-3 ottobre) e sono stati costituiti formalmente i team (29.12).

personale dirigenza	in linea
personale comparto	100,00%

GESTIONE RISORSE UMANE E ORGANIZZAZIONE

incentivazione/valutazione

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	incentivazione/valutazione		
			dirigenza		comparto
obiettivo di struttura			direttore	dirigenti	personale
Gestire le ferie del personale del comparto	Il risultato atteso è calcolato in questo modo: -per il personale con residuo ferie al 1/1/14 >6 gg: ridurre il residuo di almeno il 10% -per il personale con residuo ferie al 1/1/14 ≤6 gg: mantenere un residuo ferie ≤ 6 giorni. La valutazione è effettuata a livello complessivo. 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.	perseguire nel percorso di abbattimento del residuo ferie: obiettivo 143 gg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

190 gg

personale dirigenza	
personale comparto	in linea

Gestire le ferie del personale della dirigenza	Il risultato atteso è calcolato in questo modo: -per il personale con residuo ferie al 1/1/14 >8 gg: ridurre il residuo di almeno il 10% -per il personale con residuo ferie al 1/1/14 ≤8 gg: mantenere un residuo ferie ≤ 8 giorni. La valutazione è effettuata a livello complessivo. 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.	perseguire nel percorso di abbattimento del residuo ferie: obiettivo 115 gg	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--	--	-------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

91 gg
L'OIVP prende atto della complessità delle situazioni realizzatesi, tale da rendere estremamente impegnativa la valutazione precisa del grado di raggiungimento dell'obiettivo da parte delle diverse strutture. Di conseguenza si ritiene di non valutare l'obiettivo. (Verbale n. 7 in data 20/05/2015)

personale dirigenza	non valutabile
personale comparto	

PROGRAMMI DI SCREENING			incentivazione/valutazione		
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	dirigenza		comparto
			direttore	dirigenti	personale
Screening colon retto	1) Tempo trascorso tra data in cui è stato refertato FOBT di screening positivo e data colonscopia: ≤ 30 giorni 2) Corretta ed esaustiva compilazione della cartella endoscopica del programma di screening	1) ≥ 90% dei casi inviati al 2° livello 2) ≥ 95%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monitoraggio al 31.12.2014			Grado di Raggiungimento		
1) 91,71% che diventa 100% se si escludono gli esami eseguiti oltre i 30 giorni per motivi non dovuti a mancanza di posti disponibili nella struttura ma per esigenze dell'utente 2) 99,30%			personale dirigenza		in linea
			personale comparto		

RISORSE			incentivazione/valutazione		
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	dirigenza		comparto
			direttore	dirigenti	personale
obiettivo di struttura Rispettare il budget assegnato per i presidi chirurgici	importo dei consumi assegnato (riduzione del 10% dei consumi 2012)	€ 200.000	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monitoraggio al 31.12.2014			Grado di Raggiungimento		
€ 204.807 il direttore della struttura con mail del 23.02.2015 ha fatto presente che l'incremento è dovuto al fatto che le capsule per enteroscopia del tenue e del colon sono acquistabili in numero minimo di 5 per confezione. Pertanto a fine 2014 la struttura ha delle capsule che verranno utilizzate nel 2015. Tenuto conto delle motivazioni sopra descritte, l'obiettivo viene considerato raggiunto.			personale dirigenza		100,00%
			personale comparto		

SINTESI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI INCENTIVATI

	% raggiungimento obiettivi incentivati	% valutazione
personale dirigenza	100,00%	100%
personale comparto	100,00%	100%

Il personale del comparto è assegnato funzionalmente alle attività della struttura di gastroenterologia dal direttore di dipartimento

gli obiettivi della posizione organizzativa sono riportati nella scheda di budget delle chirurgie e anestesia

gli obiettivi del coordinatore sono riportati nella scheda di budget delle chirurgie e anestesia

Approvato dall'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance con Verbale n. 8 del 19/6/15

In analogia alla valutazione degli obiettivi aziendali da parte della DCSISPS, l'obiettivo di equilibrio di bilancio rappresenta la preconditione per ogni ulteriore valutazione dei risultati attesi incentivati sotto riportati del direttore di struttura complessa. Nel caso di un'eventuale perdita di esercizio sarà valutato negativamente qualora eccedente lo 0,1% del totale dei costi della produzione.

QUALITÀ E APPROPRIATEZZA

incentivazione/valutazione

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	incentivazione/valutazione				
			dirigenza		comparto		
			direttore	dirigenti	PO	Coord	restante personale
obiettivo aziendale							
Revisione dei percorsi di patologia (PDTA) con particolare riferimento a colon retto, ovaio mammella, melanoma	<ul style="list-style-type: none"> - partecipazione attiva ai gruppi di lavoro formalizzati dalla direzione sanitaria - formalizzazione della revisione del percorso con l'indicazione degli indicatori entro aprile - avvio della fase pilota nel secondo semestre - monitoraggio degli indicatori dal mese successivo all'avvio 	<ul style="list-style-type: none"> - evidenza del documento di revisione dei percorsi - rispetto degli indicatori 	15%	15%	10%	10%	15%

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

Nell'anno 2014 è stato avviato il programma aziendale per l'analisi e revisione dei PDTA. Sono stati formalmente costituiti i gruppi di lavoro relativi ai PDTA del melanoma, della mammella, del colon-retto, dell'ovaio e dei linfomi che hanno analizzato e in parte modificato i percorsi esistenti con ricadute sulle attività sanitarie e sull'organizzazione. Sono stati, inoltre, proposti da ciascun team degli indicatori tra i quali andranno selezionati, dopo attento esame, quelli maggiormente idonei al monitoraggio della attività critiche di ciascun PDTA. Con nota prot. 3454/DS del 24.02.2015 è stata data evidenza che il mancato rispetto del cronoprogramma previsto dagli indicatori di budget è dipeso da cause indipendenti dalle varie strutture operative. Per questo motivo e tenuto conto dell'attività svolta dalle varie strutture operative coinvolte, la direzione sanitaria ha ritenuto di riconoscere questo obiettivo come pienamente raggiunto.

personale dirigenza	100,00%
personale comparto	100,00%

obiettivo di struttura

Miglioramento appropriatezza ricoveri e completezza/qualità della scheda di dimissione ospedaliera (SDO)	<ul style="list-style-type: none"> - partecipazione attiva all'attività di controllo della coerenza delle codifiche delle SDO con il contenuto della cartella amministrativa e del rispetto delle linee guida dei LEA e disposizioni regionali. Il monitoraggio verrà effettuato su tutte le cartelle chiuse nel mese di gennaio e febbraio e successivamente con cadenza bimestrale su un campione di una settimana al mese. - % dei campi obbligatori compilati - % di chiusura delle SDO entro i termini (entro il 20 del mese successivo alla dimissione ordinaria o all'ultimo accesso in DH). <p>Valutazione finale : media raggiungimento dei tre target</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 95% di appropriatezza e completezza/qualità delle SDO nell'ultimo bimestre 2014 - 95% di campi obbligatori compilati - 95% delle SDO chiuse nei termini previsti 	5%	5%		5%	
---	--	--	----	----	--	----	--

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

In attuazione al piano dei controlli, l'Istituto ha messo in atto alcuni controlli finalizzati a migliorare l'appropriatezza organizzativa. In particolare sono stati monitorati i seguenti indicatori LEA:
 - la riduzione dei ricoveri DH di tipo diagnostico
 - la riduzione del numero di dimissioni da reparti chirurgici con DRG M.
 La valutazione dell'obiettivo viene pertanto limitata ai risultati ottenuti rispetto al valore soglia di questi due indicatori, il primo per le strutture di oncologia e radioterapia, il secondo per le strutture di chirurgia. L'Istituto ha, inoltre, svolto attività di controllo sulla congruità delle SDO con miglioramenti, rispetto al 2013, dei risultati dell'indicatore dei DRG mal definiti.
 - 100% appropriatezza e completezza/qualità delle SDO
 - 100% di campi obbligatori compilati;
 - 94,83% delle SDO chiuse nei termini previsti
 I valori riproporzionati al 95% diventano:
 - 100% appropriatezza e completezza/qualità delle SDO
 - 100% di campi obbligatori compilati;
 - 99,82% delle SDO chiuse nei termini previsti
 per un raggiungimento complessivo dell'obiettivo pari al 99,9%

personale dirigenza	99,94%
personale comparto	99,94%

ATTIVITÀ	incentivazione/valutazione
----------	----------------------------

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	dirigenza		comparto		
			direttore	dirigenti	PO	Coor d	restante personale

obiettivo di struttura

Incremento del 2% dei volumi 2013 (valore) dell'attività ambulatoriale e per interni della struttura	valore attività specialistica complessiva Il risultato viene valutato come segue: valore ≥ 95% = 100% valore ≥ 90% e < 95% = 90% valore ≥ 75% e < 90% = 50% valore < 75% = 0%	€ 12.570.000	<input type="text" value="50%"/> <input type="text" value="50%"/> <input type="text" value="70%"/> <input type="text" value="70%"/> <input type="text" value="70%"/>
---	--	---------------------	--

Monitoraggio al 31.12.2014

€ 11.840.537 (grado raggiungimento 94,2% che in base alla scala di valutazione diventa 90%)
 Nel 2014 si è ridotto il numero di focolai in radioterapia per il passaggio dei trattamenti "IMRT" (con più focolai) a trattamenti "Rapidarc" (a focolaio unico).
 Inoltre si segnala che il target era stato determinato considerando l'acquisizione di un nuovo acceleratore lineare che non è stata realizzata.
 Valutate le sopra descritte motivazioni, l'obiettivo viene considerato raggiunto.

Grado di Raggiungimento

personale dirigenza	100,00%
personale comparto	100,00%

obiettivo in comune medicina nucleare, radiologia e radioterapia

Mantenimento dei volumi 2013 di prestazioni ecografiche complessive delle strutture di radiologia e medicina nucleare	numero di prestazioni ecografiche registrate in g3 nelle strutture di radiologia e di medicina nucleare	5.000	<input type="text" value="x"/> <input type="text" value="x"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
--	---	--------------	--

Monitoraggio al 31.12.2014

4.901 (98,02%)
 La struttura di radioterapia ha potuto contribuire al mantenimento dell'attività ecografica solo fino al mese di giugno in quanto a partire dal 16 giugno è stata concessa l'aspettativa per incarico presso altra struttura sanitaria al professionista della struttura incaricato di questa attività.
 Valutate le motivazioni sopra descritte, l'obiettivo viene considerato raggiunto.

Grado di Raggiungimento

personale dirigenza	in linea
personale comparto	

obiettivo dipartimentale

Pubblicazioni scientifiche	punti di impact factor normalizzato. L'obiettivo è valutato secondo il criterio di proporzionalità con soglia minima dell'80%.	valore dipartimentale: 35 IF normalizzato	<input type="text" value="20%"/> <input type="text" value="20%"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
-----------------------------------	--	--	--

Monitoraggio al 31.12.2014

63

Grado di Raggiungimento

personale dirigenza	100,00%
personale comparto	

obiettivo di struttura

Variabili attività scientifica (Allegato 1)	punti attività scientifica della struttura operativa. I punteggi realizzati vengono valutati come segue: un punteggio > = 4 punti = 100% un punteggio < 1 punti = 0 il restante = 80%	punteggio > 4	<input type="text" value="2%"/> <input type="text" value="2%"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
--	---	-------------------------	--

Monitoraggio al 31.12.2014

obiettivo raggiunto

Grado di Raggiungimento

personale dirigenza	100,00%
personale comparto	

ATTIVITÀ **incentivazione/valutazione**

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	dirigenza		comparto		
			direttore	dirigenti	PO	Coor d	restante personale
obiettivo dipartimentale							
Partecipazione alla visita del Consiglio Scientifico Internazionale (CSI) del 14-15 marzo 2014	numero di partecipanti per dipartimento	almeno il 20% dei dirigenti del dipartimento in entrambe le giornate (con tolleranza del -5%)	3%	3%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

Ad entrambe le giornate hanno partecipato 7 dirigenti	personale dirigenza	100,00%
	personale comparto	

ASSISTENZA FARMACEUTICA **incentivazione/valutazione**

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	dirigenza		comparto		
			direttore	dirigenti	PO	Coor d	restante personale
obiettivo di struttura							
Adozione di politiche del farmaco con particolare riferimento ai farmaci ad alto costo in accordo al Choosing Wisely dell'ASCO	<ul style="list-style-type: none"> - entro febbraio: istituzione di un gruppo di lavoro multidisciplinare - entro febbraio: individuazione di un elenco di farmaci ad alto costo già in uso e di un elenco di farmaci ad alto costo di nuova introduzione - entro marzo: predisposizione di un documento contenente i criteri per la prescrizione/consumo dei farmaci elencati - da aprile: monitoraggio bimestrale da parte della SOC di Farmacia dell'applicazione dei criteri e dell'appropriatezza prescrittiva 	<ul style="list-style-type: none"> - sono definite e applicate le linee guida per la prescrizione dei farmaci ad alto costo individuati - almeno il 95% dei cicli prescritti è appropriato secondo le linee guida 	5%	5%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

<ul style="list-style-type: none"> - Con nota prot. 1815/S del 23.01.2014 è stato costituito il gruppo di lavoro - con nota prot. 13/F del 20.02.2014 è stato individuato l'elenco dei farmaci oggetto di valutazione onco-aifa e ad alto costo - predisposte le linee guida per colon-retto, mammella, linfomi, mieloma e HIV anche se con tempistiche diverse <p>Con nota prot. 12/2015 il direttore della SOC di farmacia ha trasmesso una relazione dalla quale si evince che l'appropriatezza d'impiego dell'uso dei farmaci secondo le linee guida del colon-retto, mammella, linfomi, mieloma, e HIV è superiore al 95% dei casi con la conseguente riduzione dei consumi. Visti i buoni risultati in termini di appropriatezza e di risparmio di consumi, l'obiettivo viene considerato raggiunto.</p>	personale dirigenza	100,00%
	personale comparto	

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	x	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Garantire le registrazioni nel RFOM per i farmaci soggetti a monitoraggio AIFA	% di inserimento nel RFOM delle informazioni previste: registrazione, diagnosi, richieste di farmaco, effetti indesiderati, rivalutazione dello stato di malattia e fine trattamento.	100% di informazioni inserite secondo le indicazioni AIFA					

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

100% (nota prot. 18/2015 F del 13.02.2015)	personale dirigenza	in linea
	personale comparto	

GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO
incentivazione/valutazione

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	dirigenza		comparto			
			direttore	dirigenti	PO	Coor d	restante personale	
obiettivo aziendale								
Programma di accreditamento internazionale	partecipazione alle attività con le cadenze previste nel programma	è rispettato il cronoprogramma di Accreditation Canada	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 20%	<input type="checkbox"/> 15%	<input type="checkbox"/> 15%	

Monitoraggio al 31.12.2014

Il cronoprogramma è stato rispettato. Nel corso del 2014 è stato avviato il nuovo ciclo con la fase di formazione svolta direttamente da Accreditation Canada (1-3 ottobre) e sono stati costituiti formalmente i team (29.12).

Grado di Raggiungimento

personale dirigenza	in linea
personale comparto	100,00%

GESTIONE RISORSE UMANE E ORGANIZZAZIONE
incentivazione/valutazione

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	dirigenza		comparto		
			direttore	dirigenti	PO	Coor d	restante personale
obiettivo di struttura							
Gestire le ferie del personale del comparto	Il risultato atteso è calcolato in questo modo: -per il personale con residuo ferie al 1/1/14 >6 gg: ridurre il residuo di almeno il 10% -per il personale con residuo ferie al 1/1/14 ≤6 gg: mantenere un residuo ferie ≤ 6 giorni. La valutazione è effettuata a livello complessivo. 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.	proseguire nel percorso di abbattimento del residuo ferie: obiettivo 1.527 gg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Monitoraggio al 31.12.2014

1.686 gg

Grado di Raggiungimento

personale dirigenza	
personale comparto	in linea

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	dirigenza		comparto		
			direttore	dirigenti	PO	Coor d	restante personale
obiettivo di struttura							
Gestire le ferie del personale della dirigenza	Il risultato atteso è calcolato in questo modo: -per il personale con residuo ferie al 1/1/14 >8 gg: ridurre il residuo di almeno il 10% -per il personale con residuo ferie al 1/1/14 ≤8 gg: mantenere un residuo ferie ≤ 8 giorni. La valutazione è effettuata a livello complessivo. 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.	proseguire nel percorso di abbattimento del residuo ferie: obiettivo 474 gg	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Monitoraggio al 31.12.2014

366 gg

L'OIVP prende atto della complessità delle situazioni realizzatesi, tale da rendere estremamente impegnativa la valutazione precisa del grado di raggiungimento dell'obiettivo da parte delle diverse strutture. Di conseguenza si ritiene di non valutare l'obiettivo. (Verbale n. 7 in data 20/05/2015)

Grado di Raggiungimento

personale dirigenza	non valutabile
personale comparto	

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	dirigenza		comparto		
			direttore	dirigenti	PO	Coor d	restante personale
obiettivo di struttura							
Rispettare il budget assegnato per i prodotti farmaceutici	importo dei consumi assegnato (riduzione del 5% dei consumi 2013 di prodotti farmaceutici diretti della struttura)	€ 477.000 con tolleranza del -1%.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Monitoraggio al 31.12.2014

€ 772.933 (raggiungimento 39,56% che diventa 69,25% se si escludono i farmaci relativi ai tumori rari)
L'incremento del consumo di farmaci rispetto al budget assegnato è giustificato in particolare da nuove indicazioni per il farmaco "ABIRATERONE" (utilizzo in 2° linea e non più solo in 3° linea, incremento registrato € 156.993). Se si esclude questo farmaco il risultato è in linea con il target assegnato.
Valutate le motivazioni sopra descritte, l'obiettivo viene considerato raggiunto.

Grado di Raggiungimento

personale dirigenza **in linea**

personale comparto

obiettivo di struttura

Rispettare il budget assegnato per i presidi chirurgici

importo dei consumi assegnato (riduzione del 10% dei consumi del 2012)

€ 108.000

Monitoraggio al 31.12.2014

€ 108.378
Tenuto conto della riduzione del vincolo operativo sui dispositivi medici disposta dalla regione con DGR 2100, l'obiettivo viene considerato raggiunto.

Grado di Raggiungimento

personale dirigenza **in linea**

personale comparto

SINTESI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI INCENTIVATI

	% raggiungimento obiettivi incentivati	% valutazione
personale dirigenza	100,00%	100%
personale del comparto	100,00%	100%

Il personale del comparto è assegnato funzionalmente alle attività della struttura di radioterapia dal direttore di dipartimento

Approvato dall'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance con Verbale n. 8 del 19/6/15

In analogia alla valutazione degli obiettivi aziendali da parte della DCSISPS, l'obiettivo di equilibrio di bilancio rappresenta la precondizione per ogni ulteriore valutazione dei risultati attesi incentivati sotto riportati del direttore di struttura complessa. Nel caso di un'eventuale perdita di esercizio sarà valutato negativamente qualora eccedente lo 0,1% del totale dei costi della produzione.

QUALITÀ E APPROPRIATEZZA			incentivazione/valutazione			
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	dirigenza		comparto	
			direttore	dirigenti	Coord	restante personale
obiettivo aziendale						
Revisione dei percorsi di patologia (PDTA) con particolare riferimento a colon retto, ovaio mammella, melanoma	<ul style="list-style-type: none"> - partecipazione attiva ai gruppi di lavoro formalizzati dalla direzione sanitaria - formalizzazione della revisione del percorso con l'indicazione degli indicatori entro aprile - avvio della fase pilota nel secondo semestre - monitoraggio degli indicatori dal mese successivo all'avvio 	<ul style="list-style-type: none"> - evidenza del documento di revisione dei percorsi - rispetto degli indicatori 	10%	10%	10%	10%

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

Nell'anno 2014 è stato avviato il programma aziendale per l'analisi e revisione dei PDTA. Sono stati formalmente costituiti i gruppi di lavoro relativi ai PDTA del melanoma, della mammella, del colon-retto, dell'ovaio e dei linfomi che hanno analizzato e in parte modificato i percorsi esistenti con ricadute sulle attività sanitarie e sull'organizzazione. Sono stati, inoltre, proposti da ciascun team degli indicatori tra i quali andranno selezionati, dopo attento esame, quelli maggiormente idonei al monitoraggio della attività critiche di ciascun PDTA. Con nota prot. 3454/DS del 24.02.2015 è stata data evidenza che il mancato rispetto del cronoprogramma previsto dagli indicatori di budget è dipeso da cause indipendenti dalle varie strutture operative. Per questo motivo e tenuto conto dell'attività svolta dalle varie strutture operative coinvolte, la direzione sanitaria ha ritenuto di riconoscere questo obiettivo come pienamente raggiunto.

personale dirigenza	100,00%
personale comparto	100,00%

ATTIVITÀ			incentivazione/valutazione			
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	dirigenza		comparto	
			direttore	dirigenti	Coord	restante personale
obiettivo in comune AP, radiologia e chirurgia senologica						
Incrementare di almeno il 5% il numero di pazienti reclutate per il protocollo "one day diagnosis" del 2013	numero di pazienti	87 casi (incremento del 5% delle pazienti reclutate nel 2013)	x	x		x

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

140 casi nel 2014.

personale dirigenza	in linea
personale comparto	in linea

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	dirigenza		comparto	
			direttore	dirigenti	Coord	restante personale
Mantenere i volumi (valore) 2013 dell'attività ambulatoriale per esterni e per interni	valore attività specialistica complessiva Il risultato viene valutato come segue: valore ≥ 95% = 100% valore ≥ 90% e < 95% = 90% valore ≥ 75% e < 90% = 50% valore < 75% = 0%	€ 3.115.000	60%	60%	65%	65%

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

€ 3.058.228 (grado raggiungimento 98,18% che in base alla scala di valutazione diventa 100%)

personale dirigenza	100,00%
personale comparto	100,00%

OBIETTIVO

INDICATORI/ATTIVITA'

TARGET 2014

dirigenza

comparto

obiettivo di struttura

Introdurre nella pratica clinica l'utilizzo della RM prostatica multiparametrica

numero pazienti

100 pazienti con tolleranza del - 5%

direttore

dirigenti

Coord

restante personale

x

x

x

x

Monitoraggio al 31.12.2014

66 pazienti (mail del 7/1/15 Responsabile SOC Radiologia).

Con mail del 21.11 il direttore della struttura ha esplicitato i motivi che hanno determinato il mancato raggiungimento del target assegnato:

1. sovrastima dell'offerta di prestazioni per garantire tempestivamente la potenziale domanda da parte delle strutture sanitarie (urologie di AOSMA, Policlinico San Giorgio, Conegliano, Portogruaro, San Vito) in cui questa prestazione non veniva offerta.

2. iniziale diffidenza da parte degli urologi a prescrivere questa tipologia di prestazione che si è via via ridotta a mano a mano che i risultati clinici risultavano evidenti.

Tenuto conto delle motivazioni sopra descritte, l'obiettivo viene ritenuto non valutabile e viene riproposto nel 2015.

Grado di Raggiungimento

personale dirigenza

non
valutabile

personale comparto

non
valutabile

obiettivo in comune medicina nucleare, radiologia e radioterapia

Mantenimento dei volumi 2013 di prestazioni ecografiche complessive delle strutture di radiologia e medicina nucleare

numero di prestazioni ecografiche registrate in g3 nelle strutture di radiologia e di medicina nucleare

5.000

x

x

Monitoraggio al 31.12.2014

4.901 (98,02%)

La struttura di radioterapia ha potuto contribuire al mantenimento dell'attività ecografica solo fino al mese di giugno in quanto a partire dal 16 giugno è stata concessa l'aspettativa per incarico presso altra struttura sanitaria al professionista della struttura incaricato di questa attività.

Valutate le motivazioni sopra descritte, l'obiettivo viene considerato raggiunto.

Grado di Raggiungimento

personale dirigenza

in linea

personale comparto

obiettivo comune medicina nucleare e radiologia

Organizzazione diagnostica PET/CT con m.d.c. prevalentemente orientata ai pazienti con neoplasia del distretto ORL in follow-up e ri-stadiazione

numero di prestazioni PET/CT con m.d.c.

100 prestazioni con tolleranza del - 5%

5%

5%

10%

10%

Monitoraggio al 31.12.2014

24 pet.

Con mail del 24.10 il direttore della struttura ha riportato i motivi che hanno determinato il mancato raggiungimento dell'obiettivo. La struttura di medicina nucleare ha dato la disponibilità, in accordo con la Radiologia, di eseguire ogni martedì 3 PET/CT con m.d.c. per alcuni tipi di patologie oncologiche (tumori ORL, neoplasie ovariche, tumori pleuro-polmonari), cercando di interpretare le esigenze dei clinici e dei pazienti che eseguirebbero contemporaneamente 2 esami nella stessa seduta. E' stato eseguito un numero inferiore al target assegnato non essendoci state richieste da parte dei clinici.

Tenuto conto delle motivazioni sopra descritte, l'obiettivo viene ritenuto non valutabile e viene riproposto nel 2015.

Grado di Raggiungimento

personale dirigenza

non
valutabile

personale comparto

non
valutabile

obiettivo dipartimentale

Pubblicazioni scientifiche

punti di impact factor normalizzato. L'obiettivo è valutato secondo il criterio di proporzionalità con soglia minima dell'80%.

valore dipartimentale: 35 IF normalizzato

20%

20%

Monitoraggio al 31.12.2014

63

Grado di Raggiungimento

personale dirigenza

100,00%

personale comparto

ATTIVITÀ			incentivazione/valutazione			
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	dirigenza		comparto	
obiettivo di struttura			direttore	dirigenti	Coord	restante personale
Variabili attività scientifica (Allegato 1)	punti attività scientifica della struttura operativa. I punteggi realizzati vengono valutati come segue: un punteggio > = 4 punti = 100% un punteggio < 1 punti = 0 il restante = 80%	punteggio > 4	2%	2%		
Monitoraggio al 31.12.2014			Grado di Raggiungimento			
obiettivo raggiunto			personale dirigenza	100,00%		
			personale comparto			

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	dirigenza		comparto	
obiettivo dipartimentale						
Partecipazione alla visita del Consiglio Scientifico Internazionale (CSI) del 14-15 marzo 2014	numero di partecipanti per dipartimento	almeno il 20% dei dirigenti del dipartimento in entrambe le giornate (con tolleranza del -5%)	3%	3%		
Monitoraggio al 31.12.2014			Grado di Raggiungimento			
Ad entrambe le giornate hanno partecipato 7 dirigenti			personale dirigenza	100,00%		
			personale comparto			

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	dirigenza		comparto	
obiettivo di struttura						
Applicazione check list per le procedure invasive e chirurgiche ambulatoriali	- individuazione delle procedure da monitorare entro aprile - % di schede compilate correttamente. Monitoraggio su un campione del 50% delle check list	90% del campione monitorato è compilato correttamente a partire dal 2° semestre	x	x	x	x
Monitoraggio al 31.12.2014			Grado di Raggiungimento			
Procedure individuate: chemioembolizzazione sotto guida angiografica e drenaggio biliare sotto guida angiografica. Con nota prot. 14177/DS del 18.09.2014 sono state fornite delle specifiche sui criteri di monitoraggio. Il monitoraggio è stato eseguito in una settimana indice per ogni mese del secondo semestre. 100% di check list compilate completamente su un campione di 7 procedure.			personale dirigenza	in linea		
			personale comparto	in linea		

GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO			incentivazione/valutazione			
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	dirigenza		comparto	
obiettivo di struttura			direttore	dirigenti	Coord	restante personale
Programma di accreditamento internazionale	partecipazione alle attività con le cadenze previste nel programma	è rispettato il cronoprogramma di Accreditation Canada	x	x	15%	15%
Monitoraggio al 31.12.2014			Grado di Raggiungimento			
Il cronoprogramma è stato rispettato. Nel corso del 2014 è stato avviato il nuovo ciclo con la fase di formazione svolta direttamente da Accreditation Canada (1-3 ottobre) e sono stati costituiti formalmente i team (29.12).			personale dirigenza	in linea		
			personale comparto	100,00%		

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	dirigenza		comparto	
obiettivo aziendale						
Programma di accreditamento internazionale	partecipazione alle attività con le cadenze previste nel programma	è rispettato il cronoprogramma di Accreditation Canada	x	x	15%	15%
Monitoraggio al 31.12.2014			Grado di Raggiungimento			
Il cronoprogramma è stato rispettato. Nel corso del 2014 è stato avviato il nuovo ciclo con la fase di formazione svolta direttamente da Accreditation Canada (1-3 ottobre) e sono stati costituiti formalmente i team (29.12).			personale dirigenza	in linea		
			personale comparto	100,00%		

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	incentivazione/valutazione			
			dirigenza		comparto	
obiettivo di struttura			direttore	dirigenti	Coord	restante personale
Gestire le ferie del personale del comparto	Il risultato atteso è calcolato in questo modo: -per il personale con residuo ferie al 1/1/14 >6 gg: ridurre il residuo di almeno il 10% -per il personale con residuo ferie al 1/1/14 ≤6 gg: mantenere un residuo ferie ≤ 6 giorni. La valutazione è effettuata a livello complessivo. 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.	proseguire nel percorso di abbattimento del residuo ferie: obiettivo 397 gg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

455 gg	personale dirigenza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	personale comparto	in linea			

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	incentivazione/valutazione			
obiettivo di struttura			dirigenza	comparto	Coord	restante personale
Gestire le ferie del personale della dirigenza	Il risultato atteso è calcolato in questo modo: -per il personale con residuo ferie al 1/1/14 >8 gg: ridurre il residuo di almeno il 10% -per il personale con residuo ferie al 1/1/14 ≤8 gg: mantenere un residuo ferie ≤ 8 giorni. La valutazione è effettuata a livello complessivo. 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.	proseguire nel percorso di abbattimento del residuo ferie: obiettivo 218 gg	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

232 gg	personale dirigenza	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	personale comparto	in linea			

PROGRAMMI DI SCREENING

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	incentivazione/valutazione			
obiettivo di struttura			dirigenza	comparto	Coord	restante personale
Screening mammografico	casi con esito di 2° livello "sospeso" per unità senologica/ totale dei casi chiusi dall'unità senologica	garantire una % di controlli di 2° livello a 6 mesi/ 1 anno (early recall) in linea con le raccomandazioni GISMA ed europee < 10%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

7,29%	personale dirigenza	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	personale comparto	in linea			

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	incentivazione/valutazione			
obiettivo di struttura			dirigenza	comparto	Coord	restante personale
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 94,3% dei casi inviati al 2° livello	rispetto dei tempi indicati dalla Regione	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

95,4%	personale dirigenza	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	personale comparto	in linea			

RISORSE			incentivazione/valutazione			
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	dirigenza		comparto	
			direttore	dirigenti	Coord	restante personale
obiettivo di struttura						
Riduzione del prezzo unitario delle procedure di crioterapia percutanea mediante formazione del personale interno	prezzo unitario	prezzo unitario 2014 inferiore del 15,60% rispetto a quello del 2013 (€ 4.220 contro € 5.000)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Monitoraggio al 31.12.2014

Nella trascrizione del target è stato riportato un prezzo errato (€ 4.220 invece che € 4.320). Nel corso del 2014 le procedure di crioterapia sono state acquistate ad un prezzo unitario di € 4.320 con la sola eccezione di un intervento con 6 aghi ad un prezzo di € 7.710,40.

Grado di Raggiungimento

personale dirigenza **in linea**
 personale comparto

SINTESI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI INCENTIVATI

	% raggiungimento obiettivi incentivati	% valutazione
personale dirigenza	100,00%	95%
personale del comparto	100,00%	90%

Il personale del comparto è assegnato funzionalmente alle attività della struttura di radiologia dal direttore di dipartimento
 gli obiettivi della posizione organizzativa sono riportati nella scheda di budget della radioterapia

Approvato dall'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance con Verbale n. 8 del 19/6/15

In analogia alla valutazione degli obiettivi aziendali da parte della DCSISPS, l'obiettivo di equilibrio di bilancio rappresenta la preconditione per ogni ulteriore valutazione dei risultati attesi incentivati sotto riportati del direttore di struttura complessa. Nel caso di un'eventuale perdita di esercizio sarà valutato negativamente qualora eccedente lo 0,1% del totale dei costi della produzione.

ATTIVITÀ			incentivazione/valutazione			
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	dirigenza		comparto	
			direttore	dirigenti	Coord	restante personale
obiettivo di struttura						
Garantire i volumi (valore) dell'attività ambulatoriale per esterni del 2013	valore attività specialistica ambulatoriale per esterni Il risultato viene valutato come segue: valore ≥ 95% = 100% valore ≥ 90% e < 95% = 90% valore ≥ 75% e < 90% = 50% valore < 75% = 0%	€ 395.000 valore per esterni	45%	45%	60%	60%

Monitoraggio al 31.12.2014

€ 369.962 (grado raggiungimento 93,66% che in base alla scala di valutazione diventa 90%).
Si evidenzia che i volumi di attività della Fisica Sanitaria sono correlati ai volumi di attività dell'Oncologia Radioterapica e la struttura ha evaso tutte le richieste della radioterapia.
Valutate le motivazioni sopra descritte e le motivazioni riportate nell'obiettivo dei volumi della radioterapia (mancata acquisizione dell'acceleratore e introduzione della metodica rapidarc a focolaio unico), l'obiettivo viene considerato raggiunto.

Grado di Raggiungimento

personale dirigenza	100,00%
personale comparto	100,00%

obiettivo dipartimentale

Pubblicazioni scientifiche	punti di impact factor normalizzato. L'obiettivo è valutato secondo il criterio di proporzionalità con soglia minima dell'80%.	valore dipartimentale: 35 IF normalizzato	5%	5%		
-----------------------------------	--	--	----	----	--	--

Monitoraggio al 31.12.2014

63

Grado di Raggiungimento

personale dirigenza	100,00%
personale comparto	

obiettivo di struttura

Variabili attività scientifica (Allegato 1)	punti attività scientifica della struttura operativa. I punteggi realizzati vengono valutati come segue: un punteggio >= 4 punti = 100% un punteggio < 1 punti = 0 il restante = 80%	punteggio > 4	2%	2%		
--	---	-------------------------	----	----	--	--

Monitoraggio al 31.12.2014

obiettivo raggiunto

Grado di Raggiungimento

personale dirigenza	100,00%
personale comparto	

obiettivo dipartimentale

Partecipazione alla visita del Consiglio Scientifico Internazionale (CSI) del 14-15 marzo 2014	numero di partecipanti per dipartimento	almeno il 20% dei dirigenti del dipartimento in entrambe le giornate (con tolleranza del -5%)	3%	3%		
---	---	--	----	----	--	--

Monitoraggio al 31.12.2014

Ad entrambe le giornate hanno partecipato 7 dirigenti

Grado di Raggiungimento

personale dirigenza	100,00%
personale comparto	

ATTIVAZIONE PROCEDURE AD ALTA COMPLESSITÀ

incentivazione/valutazione

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	dirigenza		comparto	
			direttore	dirigenti	Coord	restante personale
obiettivo di struttura						
Attivazione clinica nuovo acceleratore	data di entrata in uso clinico dell'acceleratore	entro un mese dal termine dei test di accettazione	30%	30%	30%	30%

Monitoraggio al 31.12.2014

il nuovo acceleratore non è stato acquisito.
 Ha avuto luogo, tuttavia, la sostituzione non preventivata di Mobetron, acceleratore dedicato alla tecnica di radioterapia intraoperatoria.
 06.02.2014 consegna nuovo Mobetron
 07.03.2014 iniziano i test di accettazione
 13.03.2014 terminano i test di accettazione
 17.03.2014 inizia la dosimetria per l'attivazione clinica
 08.04.2014 termina la dosimetria per l'attivazione clinica (26 giorni dopo il termine dell'accettazione)
 09.04.2014 mobetron viene trasferito in sala operatoria.
 Tenuto conto dell'attività svolta, l'obiettivo viene considerato raggiunto

Grado di Raggiungimento

personale dirigenza **100,00%**
 personale comparto **100,00%**

GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

incentivazione/valutazione

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	dirigenza		comparto	
			direttore	dirigenti	Coord	restante personale
obiettivo di struttura						
Garantire la sicurezza degli operatori dall'esposizione alle radiazioni ionizzanti	programmazione ed esecuzione di 2 corsi: - esecuzione controlli di qualità in Medicina Nucleare - gestione dei rifiuti radioattivi	esecuzione delle attività formative programmate entro ottobre 2014	5%	5%		

Monitoraggio al 31.12.2014

- corso "Addestramento del personale delle S.O.C. di Medicina Nucleare e Fisica Sanitaria sui controlli di qualità in Medicina Nucleare" realizzato nelle date 20,21,22,23 maggio 2014
 - corso "Gestione dei rifiuti radioattivi al CRO di Aviano" realizzato in data 20 novembre 2014.
 Quest'ultimo corso non è stato realizzato entro ottobre a causa dei numerosi eventi programmati in tale mese e dei relativi impegni di frequenza richiesti ai destinatari principali (coordinatori infermieristici e posizioni organizzative) del corso stesso.
 Tenuto conto delle motivazioni sopra descritte, l'obiettivo viene considerato raggiunto.

Grado di Raggiungimento

personale dirigenza **100,00%**
 personale comparto

obiettivo di struttura						
Garantire la sicurezza dei lavoratori dall'esposizione a campi elettromagnetici di linee, cabine e quadri elettrici	individuazione delle sorgenti a rischio entro luglio 2014	relazione tecnica ad uso SPPA per valutazione del rischio entro novembre 2014	10%	10%		

Monitoraggio al 31.12.2014

la relazione con individuazione delle sorgenti a rischio è stata trasmessa alla direzione sanitaria con nota prot. 29/FS/2014 del 31.07.
 La relazione tecnica finale è stata trasmessa a SPPA con nota prot. 43/FS/214 del 04.12.2014.
 Il ritardo è dovuto al tempo tecnico necessario a stendere la relazione per la quale costituivano parte integrante i risultati delle misure effettuate dall'ARPA FVG, pervenuti con nota datata 27.11.2014, protocollata al CRO il 28.11.2014 e trasmessa alla fisica sanitaria in data 01.12.2014.
 Tenuto conto delle motivazioni sopra descritte, l'obiettivo viene considerato raggiunto

Grado di Raggiungimento

personale dirigenza **100,00%**
 personale comparto

obiettivo di struttura						
Procedura aziendale di radioprotezione	redazione procedura entro giugno 2014	approvazione procedura da parte del Direttore Sanitario	x	x		

Monitoraggio al 31.12.2014

Il regolamento aziendale di radioprotezione è stato redatto e approvato in data 30/6/2014 (nota prot.n.10176/CG)

Grado di Raggiungimento

personale dirigenza **in linea**
 personale comparto

GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

incentivazione/valutazione

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	dirigenza		comparto	
			direttore	dirigenti	Coord	restante personale
obiettivo di struttura						
Programma di accreditamento internazionale	partecipazione alle attività con le cadenze previste nel programma	è rispettato il cronoprogramma di Accreditation Canada	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 10%	<input type="checkbox"/> 10%

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

Il cronoprogramma è stato rispettato. Nel corso del 2014 è stato avviato il nuovo ciclo con la fase di formazione svolta direttamente da Accreditation Canada (1-3 ottobre) e sono stati costituiti formalmente i team (29.12).

personale dirigenza	in linea
personale comparto	100,00%

GESTIONE RISORSE UMANE E ORGANIZZAZIONE

incentivazione/valutazione

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	dirigenza		comparto	
			direttore	dirigenti	Coord	restante personale
obiettivo di struttura						
Gestire le ferie del personale del comparto	<p>Il risultato atteso è calcolato in questo modo: -per il personale con residuo ferie al 1/1/14 >6 gg: ridurre il residuo di almeno il 10% -per il personale con residuo ferie al 1/1/14 ≤6 gg: mantenere un residuo ferie ≤ 6 giorni. La valutazione è effettuata a livello complessivo. 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.</p>	proseguire nel percorso di abbattimento del residuo ferie: obiettivo 96 gg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

91 gg
L'OIVP prende atto della complessità delle situazioni realizzatesi, tale da rendere estremamente impegnativa la valutazione precisa del grado di raggiungimento dell'obiettivo da parte delle diverse strutture. Di conseguenza si ritiene di non valutare l'obiettivo. (Verbale n. 7 in data 20/05/2015)

personale dirigenza	
personale comparto	non valutabile

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	dirigenza		comparto	
			direttore	dirigenti	Coord	restante personale
obiettivo di struttura						
Gestire le ferie del personale della dirigenza	<p>Il risultato atteso è calcolato in questo modo: -per il personale con residuo ferie al 1/1/14 >8 gg: ridurre il residuo di almeno il 10% -per il personale con residuo ferie al 1/1/14 ≤8 gg: mantenere un residuo ferie ≤ 8 giorni. La valutazione è effettuata a livello complessivo. 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.</p>	proseguire nel percorso di abbattimento del residuo ferie: obiettivo 229 gg	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

259 gg

personale dirigenza	in linea
personale comparto	

SINTESI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI INCENTIVATI

	% raggiungimento obiettivi incentivati	% valutazione
personale dirigenza	100,00%	100%
personale del comparto	100,00%	100%

Il personale del comparto è assegnato funzionalmente alle attività della struttura di fisica sanitaria dal direttore di dipartimento
 gli obiettivi della posizione organizzativa sono riportati nella scheda di budget della radioterapia

Approvato dall'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance con Verbale n. 8 del 19/6/15

In analogia alla valutazione degli obiettivi aziendali da parte della DCSISPS, l'obiettivo di equilibrio di bilancio rappresenta la preconditione per ogni ulteriore valutazione dei risultati attesi incentivati sotto riportati del direttore di struttura complessa. Nel caso di un'eventuale perdita di esercizio sarà valutato negativamente qualora eccedente lo 0,1% del totale dei costi della produzione.

QUALITÀ E APPROPRIATEZZA			incentivazione/valutazione			
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	dirigenza		comparto	
			direttore	dirigenti	Coord	restante personale
obiettivo aziendale						
Revisione dei percorsi di patologia (PDTA) con particolare riferimento a colon retto, ovaio mammella, melanoma	<ul style="list-style-type: none"> - partecipazione attiva ai gruppi di lavoro formalizzati dalla direzione sanitaria - formalizzazione della revisione del percorso con l'indicazione degli indicatori entro aprile - avvio della fase pilota nel secondo semestre - monitoraggio degli indicatori dal mese successivo all'avvio 	<ul style="list-style-type: none"> - evidenza del documento di revisione dei percorsi - rispetto degli indicatori 	10%	10%	10%	10%

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

Nell'anno 2014 è stato avviato il programma aziendale per l'analisi e revisione dei PDTA. Sono stati formalmente costituiti i gruppi di lavoro relativi ai PDTA del melanoma, della mammella, del colon-retto, dell'ovaio e dei linfomi che hanno analizzato e in parte modificato i percorsi esistenti con ricadute sulle attività sanitarie e sull'organizzazione. Sono stati, inoltre, proposti da ciascun team degli indicatori tra i quali andranno selezionati, dopo attento esame, quelli maggiormente idonei al monitoraggio della attività critiche di ciascun PDTA. Con nota prot. 3454/DS del 24.02.2015 è stata data evidenza che il mancato rispetto del cronoprogramma previsto dagli indicatori di budget è dipeso da cause indipendenti dalle varie strutture operative. Per questo motivo e tenuto conto dell'attività svolta dalle varie strutture operative coinvolte, la direzione sanitaria ha ritenuto di riconoscere questo obiettivo come pienamente raggiunto.

personale dirigenza	100,00%
personale comparto	100,00%

ATTIVITÀ			incentivazione/valutazione			
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	dirigenza		comparto	
			direttore	dirigenti	Coord	restante personale
obiettivo in comune medicina nucleare, radiologia e radioterapia						
Mantenimento dei volumi 2013 di prestazioni ecografiche complessive delle strutture di radiologia e medicina nucleare	numero di prestazioni ecografiche registrate in g3 nelle strutture di radiologia e di medicina nucleare	5.000	x	x		

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

4.901 (98,02%)
La struttura di radioterapia ha potuto contribuire al mantenimento dell'attività ecografica solo fino al mese di giugno in quanto a partire dal 16 giugno è stata concessa l'aspettativa per incarico presso altra struttura sanitaria al professionista della struttura incaricato di questa attività. Valutate le motivazioni sopra descritte, l'obiettivo viene considerato raggiunto.

personale dirigenza	in linea
personale comparto	

obiettivo di struttura						
Mantenimento dell'attività PET/CT anno 2013	numero di prestazioni (ambulatoriale e per interni) Il risultato viene valutato come segue: valore ≥ 95% = 100% valore ≥ 90% e < 95% = 90% valore ≥ 75% e < 90% = 50% valore < 75% = 0%	3.844 PET	70%	70%	70%	70%

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

3.914	personale dirigenza	100,00%
	personale comparto	100,00%

ATTIVITÀ	incentivazione/valutazione
----------	----------------------------

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	dirigenza		comparto	
			direttore	dirigenti	Coord	restante personale
obiettivo comune medicina nucleare e radiologia						
Organizzazione diagnostica PET/CT con m.d.c. prevalentemente orientata ai pazienti con neoplasia del distretto ORL in follow-up e ri-stadiazione	numero di prestazioni PET/CT con m.d.c.	100 prestazioni con tolleranza del - 5%	5%	5%	10%	10%

Monitoraggio al 31.12.2014

24 pet.
 Con mail del 24.10 il direttore della struttura ha riportato i motivi che hanno determinato il mancato raggiungimento dell'obiettivo. La struttura di medicina nucleare ha dato la disponibilità, in accordo con la Radiologia, di eseguire ogni martedì 3 PET/CT con m.d.c. per alcuni tipi di patologie oncologiche (tumori ORL, neoplasie ovariche, tumori pleuro-polmonari), cercando di interpretare le esigenze dei clinici e dei pazienti che eseguirebbero contemporaneamente 2 esami nella stessa seduta. E' stato eseguito un numero inferiore al target assegnato non essendoci state richieste da parte dei clinici. Tenuto conto delle motivazioni sopra descritte, l'obiettivo viene ritenuto non valutabile e viene riproposto nel 2015.

Grado di Raggiungimento

personale dirigenza	non valutabile
personale comparto	non valutabile

obiettivo dipartimentale

Pubblicazioni scientifiche	punti di impact factor normalizzato. L'obiettivo è valutato secondo il criterio di proporzionalità con soglia minima dell'80%.	valore dipartimentale: 35 IF normalizzato	10%	10%	<input type="text"/>	<input type="text"/>
-----------------------------------	--	--	-----	-----	----------------------	----------------------

Monitoraggio al 31.12.2014

63

Grado di Raggiungimento

personale dirigenza	100,00%
personale comparto	

obiettivo di struttura

Variabili attività scientifica (Allegato 1)	punti attività scientifica della struttura operativa. I punteggi realizzati vengono valutati come segue: un punteggio > = 4 punti = 100% un punteggio < 1 punti = 0 il restante = 80%	punteggio > 4	2%	2%	<input type="text"/>	<input type="text"/>
--	--	-------------------------	----	----	----------------------	----------------------

Monitoraggio al 31.12.2014

obiettivo raggiunto

Grado di Raggiungimento

personale dirigenza	100,00%
personale comparto	

obiettivo dipartimentale

Partecipazione alla visita del Consiglio Scientifico Internazionale (CSI) del 14-15 marzo 2014	numero di partecipanti per dipartimento	almeno il 20% dei dirigenti del dipartimento in entrambe le giornate (con tolleranza del -5%)	3%	3%	<input type="text"/>	<input type="text"/>
---	---	--	----	----	----------------------	----------------------

Monitoraggio al 31.12.2014

Ad entrambe le giornate hanno partecipato 7 dirigenti

Grado di Raggiungimento

personale dirigenza	100,00%
personale comparto	

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	dirigenza		comparto	
			direttore	dirigenti	Coord	restante personale
obiettivo di struttura						
Applicazione check list per le procedure invasive e chirurgiche ambulatoriali	- individuazione delle procedure da monitorare entro aprile - % di schede compilate correttamente. Monitoraggio su un campione del 50% delle check list	90% del campione monitorato è compilato correttamente a partire dal 2° semestre	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

procedura individuata: Agobiopsia tessuti molli con ago tranciante (Tru-cut).
Con nota prot. 14177/DS del 18.09.2014 sono state fornite delle specifiche sui criteri di monitoraggio.
Non sono state erogate le prestazioni oggetto di monitoraggio

personale dirigenza

non valutabile

personale comparto

non valutabile

obiettivo di struttura

Ottimizzazione percorsi diagnostici

Organizzazione di 2 corsi FSC:
1. per oncologi clinici e anestesisti per procedure interventistiche eco guidate per ottimizzare l'accesso a tali procedure ai pazienti in ricovero ordinario, day-hospital ed ambulatoriali
2. per medici nucleari e radioterapisti di diagnostica ecografica del distretto ORL per ottimizzare il percorso diagnostico nel paziente con patologia neoplastica ORL

esecuzione di 2 corsi entro il 31.12

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

sono stati eseguiti i seguenti corsi:

1. formazione all'utilizzo dell'eco fast per la diagnosi differenziale in urgenza e emergenza e per la interventistica mini invasiva con ecoguida-2014 (data inizio 02.01.2014 per un totale di 32 ore)
2. addestramento del medico nucleare e del medico oncologo radioterapista a competenze di diagnostica ecografica (dal 07.01.2014 al 27.12.2014 per un totale di 60 ore)

personale dirigenza

in linea

personale comparto

obiettivo di struttura

Certificazione e accreditamento

richiesta della visita di certificazione ISO 9001-2008 entro il 31.12.2014

preparazione alla visita di certificazione

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

l'attività è stata garantita e la visita di certificazione è stata effettuata in data 14.01.2015

personale dirigenza

in linea

personale comparto

100,00%

obiettivo aziendale

Programma di accreditamento internazionale

partecipazione alle attività con le cadenze previste nel programma

è rispettato il cronoprogramma di Accreditation Canada

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

Il cronoprogramma è stato rispettato. Nel corso del 2014 è stato avviato il nuovo ciclo con la fase di formazione svolta direttamente da Accreditation Canada (1-3 ottobre) e sono stati costituiti formalmente i team (29.12).

personale dirigenza

in linea

personale comparto

in linea

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	dirigenza		comparto	
			direttore	dirigenti	Coord	restante personale
obiettivo di struttura						
Gestire le ferie del personale del comparto	Il risultato atteso è calcolato in questo modo: -per il personale con residuo ferie al 1/1/14 >6 gg: ridurre il residuo di almeno il 10% -per il personale con residuo ferie al 1/1/14 ≤6 gg: mantenere un residuo ferie ≤ 6 giorni. La valutazione è effettuata a livello complessivo. 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.	perseguire nel percorso di abbattimento del residuo ferie: obiettivo 205 gg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Monitoraggio al 31.12.2014

225 gg

Grado di Raggiungimento

personale dirigenza
 personale comparto **in linea**

obiettivo di struttura						
Gestire le ferie del personale della dirigenza	Il risultato atteso è calcolato in questo modo: -per il personale con residuo ferie al 1/1/14 >8 gg: ridurre il residuo di almeno il 10% -per il personale con residuo ferie al 1/1/14 ≤8 gg: mantenere un residuo ferie ≤ 8 giorni. La valutazione è effettuata a livello complessivo. 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.	perseguire nel percorso di abbattimento del residuo ferie: obiettivo 131 gg	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Monitoraggio al 31.12.2014

118 gg
 L'OIVP prende atto della complessità delle situazioni realizzatesi, tale da rendere estremamente impegnativa la valutazione precisa del grado di raggiungimento dell'obiettivo da parte delle diverse strutture. Di conseguenza si ritiene di non valutare l'obiettivo. (Verbale n. 7 in data 20/05/2015)

Grado di Raggiungimento

personale dirigenza **non valutabile**
 personale comparto

RISORSE			incentivazione/valutazione			
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	dirigenza		comparto	
			direttore	dirigenti	Coord	restante personale
obiettivo di struttura						
Contenere i consumi dei dispositivi PAS	ricerca di un prodotto sostitutivo a minor costo per i dispositivi PAS con analisi H.T.A	evidenza dell'analisi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Monitoraggio al 31.12.2014

La ricerca effettuata dalla struttura in collaborazione con la farmacia ha evidenziato un prodotto sostitutivo della ditta "CAIR LGL" in grado di sostituire il PAS per l'iniezione di FDG ai pazienti che eseguono una PET/CT. Tuttavia non si è provveduto alla sostituzione del dispositivo attuale con quello a minor costo poiché si sono presentati dei problemi relativi alla sicurezza degli operatori durante l'iniezione utilizzando il nuovo dispositivo. Tali problematiche non sono state risolte per cui non è stata fatta ancora un'analisi HTA.
 Tenuto conto delle motivazioni sopra descritte, l'obiettivo non viene valutato.

Grado di Raggiungimento

personale dirigenza **non valutabile**
 personale comparto

SINTESI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI INCENTIVATI

	% raggiungimento obiettivi incentivati	% valutazione
personale dirigenza	100,00%	95%
personale del comparto	100,00%	90%

Il personale del comparto è assegnato funzionalmente alle attività della struttura di medicina nucleare dal direttore di dipartimento
 gli obiettivi della posizione organizzativa sono riportati nella scheda di budget della radioterapia

Approvato dall'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance con Verbale n. 8 del 19/6/15

In analogia alla valutazione degli obiettivi aziendali da parte della DCSISPS, l'obiettivo di equilibrio di bilancio rappresenta la precondizione per ogni ulteriore valutazione dei risultati attesi incentivati sotto riportati del direttore di struttura complessa. Nel caso di un'eventuale perdita di esercizio sarà valutato negativamente qualora eccedente lo 0,1% del totale dei costi della produzione.

QUALITÀ E APPROPRIATEZZA			incentivazione/valutazione	
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	dirigenza	
			direttore	dirigenti
obiettivo aziendale Revisione dei percorsi di patologia (PDTA) con particolare riferimento a colon retto, ovaio mammella, melanoma	- partecipazione attiva ai gruppi di lavoro formalizzati dalla direzione sanitaria - formalizzazione della revisione del percorso con l'indicazione degli indicatori entro aprile - avvio della fase pilota nel secondo semestre - monitoraggio degli indicatori dal mese successivo all'avvio	- evidenza del documento di revisione dei percorsi - rispetto degli indicatori	x	x

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

Nell'anno 2014 è stato avviato il programma aziendale per l'analisi e revisione dei PDTA. Sono stati formalmente costituiti i gruppi di lavoro relativi ai PDTA del melanoma, della mammella, del colon-retto, dell'ovaio e dei linfomi che hanno analizzato e in parte modificato i percorsi esistenti con ricadute sulle attività sanitarie e sull'organizzazione. Sono stati, inoltre, proposti da ciascun team degli indicatori tra i quali andranno selezionati, dopo attento esame, quelli maggiormente idonei al monitoraggio della attività critiche di ciascun PDTA. Con nota prot. 3454/DS del 24.02.2015 è stata data evidenza che il mancato rispetto del cronoprogramma previsto dagli indicatori di budget è dipeso da cause indipendenti dalle varie strutture operative. Per questo motivo e tenuto conto dell'attività svolta dalle varie strutture operative coinvolte, la direzione sanitaria ha ritenuto di riconoscere questo obiettivo come pienamente raggiunto.

in linea

ATTIVITÀ			incentivazione/valutazione	
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	dirigenza	
			direttore	dirigenti
obiettivo di struttura Garantire i volumi (valore) dell'attività specialistica complessiva (esterni e interni) del 2013 (esclusa convenzione policlinico)	valore complessivo Il risultato viene valutato come segue: valore ≥ 95% = 100% valore ≥ 90% e < 95% = 90% valore ≥ 75% e < 90% = 50% valore < 75% = 0%	€ 765.000	20%	20%

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

€ 837.844

100,00%

obiettivo in comune AP, radiologia e chirurgia senologica
Incrementare di almeno il 5% il numero di pazienti reclutate per il protocollo "one day diagnosis" del 2013

numero di pazienti

87 casi (incremento del 5% delle pazienti reclutate nel 2013)

x

x

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

140 casi nel 2014.

in linea

obiettivo dipartimentale Pubblicazioni scientifiche	punti di impact factor normalizzato. L'obiettivo è valutato secondo il criterio di proporzionalità con soglia minima dell'80%.	valore dipartimentale: 400 IF normalizzato	20%	20%
---	--	---	-----	-----

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

416

100,00%

ATTIVITÀ			incentivazione/valutazione	
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	dirigenza	
obiettivo di struttura			direttore	dirigenti
Variabili attività scientifica (Allegato 1)	punti attività scientifica della struttura operativa. I punteggi realizzati vengono valutati come segue: un punteggio > = 4 punti = 100% un punteggio < 1 punti = 0 il restante = 80%	punteggio > 4	2%	2%

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

obiettivo raggiunto			100,00%	
obiettivo dipartimentale				
Partecipazione alla visita del Consiglio Scientifico Internazionale (CSI) del 14-15 marzo 2014	numero di partecipanti per dipartimento	almeno il 20% dei dirigenti del dipartimento in entrambe le giornate (con tolleranza del -5%)	3%	3%

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

16 dirigenti hanno partecipato alla prima giornata e 10 alla seconda			100,00%	
--	--	--	---------	--

FUNZIONI COORDINATE			incentivazione/valutazione	
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	dirigenza	
obiettivo di struttura			direttore	dirigenti
Dipartimento interaziendale di anatomia patologica sulla base dell'accordo interaziendale di cui alla Delibera del Direttore Generale n. 193 del 19.12.2012	1. acquisti tramite capitolati condivisi 2. referto istopatologico dipartimentale a partire da giugno 3. due eventi formativi ECM 4. convenzione con Università di Udine	evidenza dell'attuazione degli indicatori	x	

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

<p>1. sono stati elaborati in maniera congiunta e condivisa i capitolati sia per l'acquisizione in service di un sistema di immunoistochimica, biologia molecolare in situ e tecniche speciali sia per la processazione automatica di tessuti. I relativi bandi sono in via di pubblicazione e le gare dovrebbero essere svolte nella prima metà del 2015.</p> <p>2. Le prime esperienze volte alla messa a punto del referto condiviso sono state rivolte alla patologia linfomatosa anche per la definizione dei criteri di diagnostica e di ricorso agli approfondimenti con tecniche ancillari. Tenuto conto dell'esperienza passata si è deciso di proseguire lo studio di specifici argomenti concernenti linee guida e protocolli in ambito oncologico e, successivamente alla loro stesura, di programmare incontri accreditati per tutto il personale coinvolto per illustrarli ed implementarli nella routine di entrambe le S.O.</p> <p>3. il primo evento "Referto istopatologico dipartimentale in oncologia" è stato organizzato a maggio. Per motivi contingenti e l'impossibilità temporale ad accreditarlo, l'evento "Utilità dell'immunoistochimica nel fornire informazioni genetiche sui tumori" programmato per Dicembre 2014 verrà ridefinito.</p> <p>4. ribadita la disponibilità. Si è in attesa dell'approvazione del piano socio-sanitario regionale. (nota prot. 1253/CG del 22.01.2015)</p>			in linea	
---	--	--	----------	--

POTENZIAMENTO DELLE ANALISI CLINICHE ATTRAVERSO CONDIVISIONE PERCORSI DIAGNOSTICI			incentivazione/valutazione	
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	dirigenza	
obiettivo in comune AP e SOECS			direttore	dirigenti
Percorso diagnostico integrato diagnostica molecolare per patologie oncoematologiche	effettuazione di analisi molecolari con SOECS	a partire dal mese di giugno	5%	5%

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

con mail del 30.06.2014 (prot. 10313/CG) è stato presentato il progetto di razionalizzazione. Le attività in esso riportate hanno decorso operativo immediato			100,00%	
---	--	--	---------	--

POTENZIAMENTO DELLE ANALISI CLINICHE ATTRAVERSO CONDIVISIONE Percorsi Diagnostici
incentivazione/valutazione

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	dirigenza	
obiettivo in comune AP e SOECS			direttore	dirigenti
Percorso diagnostico integrato FISH per patologie oncoematologiche (con SOECS)	effettuazione analisi FISH con SOECS	a partire dal mese di giugno	5%	5%
Monitoraggio al 31.12.2014			Grado di Raggiungimento	
con mail del 30.06.2014 (prot. 10313/CG) è stato presentato il progetto di razionalizzazione. Le analisi sono operative ed è stato predisposto il modulo per le richieste: al momento non ci sono state richieste			non valutabile	

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	dirigenza	
obiettivo di struttura			direttore	dirigenti
Percorso integrato DRT diagnostica dei sarcomi/tumori solidi	evidenza del documento del percorso	entro il 30.06	10%	10%
Monitoraggio al 31.12.2014			Grado di Raggiungimento	
nella riunione del dipartimento del 02.07 è stato deciso di incaricare la OS2 alla predisposizione del percorso. Pertanto non è stato possibile rispettare la scadenza stabilita. Il percorso è stato approvato in data 08.09.2014. Con nota prot. 205/OS2 e 60/14 - AP del 18.12.2014 sono state date indicazioni sulle nuove prestazioni richiedibili dagli specialisti dal 01.01.2015. Valutate le motivazioni sopra descritte, l'obiettivo viene ritenuto raggiunto			100,00%	

POTENZIAMENTO DELLA RICERCA ATTRAVERSO LA CONDIVISIONE DI STRUMENTI/MODELLI
incentivazione/valutazione

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	dirigenza	
obiettivo di struttura			direttore	dirigenti
Predisposizione della procedura di accesso alla PT Laser Microdissector	evidenza della procedura	entro il 31.12	x	x
Monitoraggio al 31.12.2014			Grado di Raggiungimento	
la procedura è stata predisposta (n. 1 LMD Arcturus + n. 1 LMD Leica) (nota prot. 1254/CG del 22.01.2015)			in linea	

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	dirigenza	
obiettivo di struttura			direttore	dirigenti
Attivazione di recruitment per biobanca	comunicazione mensile del materiale biologico ricevuto	evidenza delle comunicazioni	x	x
Monitoraggio al 31.12.2014			Grado di Raggiungimento	
inviare comunicazioni mensili (mail biobanca prot. 1322/CG)			in linea	

POTENZIAMENTO DELLE ATTIVITÀ INTEGRATE CLINICO SPERIMENTALI
incentivazione/valutazione

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	dirigenza	
obiettivo aziendale			direttore	dirigenti
Partecipazione ad ambulatori di interesse clinico sperimentale (linfomi)	evidenza progetto di fattibilità attivazione ambulatorio condiviso tra le strutture di oncoematologia, oncologia medica A e anatomia patologica	entro il 30.09	x	x
Monitoraggio al 31.12.2014			Grado di Raggiungimento	
Obiettivo trasferito nell'ambito dei PDTA (Linfomi)			non valutabile	

GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO
incentivazione/valutazione

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	dirigenza	
obiettivo aziendale			direttore	dirigenti
Programma di accreditamento internazionale	partecipazione alle attività con le cadenze previste nel programma	è rispettato il cronoprogramma di Accreditation Canada	x	x
Monitoraggio al 31.12.2014			Grado di Raggiungimento	
Il cronoprogramma è stato rispettato. Nel corso del 2014 è stato avviato il nuovo ciclo con la fase di formazione svolta direttamente da Accreditation Canada (1-3 ottobre) e sono stati costituiti formalmente i team (29.12).			in linea	

GESTIONE RISORSE UMANE E ORGANIZZAZIONE
incentivazione/valutazione

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	dirigenza	
			direttore	dirigenti
			obiettivo di struttura	
Gestire le ferie del personale della dirigenza	Il risultato atteso è calcolato in questo modo: -per il personale con residuo ferie al 1/1/14 >8 gg: ridurre il residuo di almeno il 10% -per il personale con residuo ferie al 1/1/14 ≤8 gg: mantenere un residuo ferie ≤ 8 giorni. La valutazione è effettuata a livello complessivo. 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.	perseguire nel percorso di abbattimento del residuo ferie: obiettivo 228 gg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Monitoraggio al 31.12.2014
Grado di Raggiungimento

331 gg			in linea	
obiettivo dipartimentale				
Realizzazione di eventi formativi ECM individuati nell'ambito del comitato di dipartimento	numero eventi	9 eventi con tolleranza del 30%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Monitoraggio al 31.12.2014
Grado di Raggiungimento

Sono stati realizzati 8 eventi formativi: modelli umani, modelli murini, isolamento, analisi DNA, analisi RNA, analisi proteine, eventi rari e imaging (nota prot. 1254/CG del 22.01.2015)			in linea	
--	--	--	----------	--

GOVERNO DEI TEMPI DI ATTESA
incentivazione/valutazione

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	dirigenza	
			direttore	dirigenti
			obiettivo di struttura	
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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Monitoraggio al 31.12.2014
Grado di Raggiungimento

84,24% piccole biopsie 56,82% prodotti chirurgici 77,41% dato aggregato che riproporziona all'85% diventa pari a 91,07%. Tenuto conto che: - nel 2014 è stato garantito un numero di prestazioni oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa in linea con quelle del 2013 (-0,89%). - è migliorata la % dei referti che rispettano i tempi di refertazione stabiliti passando dal 69,31% del 2013 al 77,41% del 2014 - nel 2014 si è verificata una riduzione del personale effettivamente in servizio rispetto al 2013 si ritiene di considerare raggiunto l'obiettivo.			100,00%	
---	--	--	---------	--

SISTEMI INFORMATIVI
incentivazione/valutazione

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	dirigenza	
			direttore	dirigenti
			obiettivo di struttura	
Utilizzo del sistema di refertazione vocale	% di refertazione vocale sul totale dei referti. La valutazione sarà effettuata per singolo dirigente	≥ 80%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Monitoraggio al 31.12.2014
Grado di Raggiungimento

utilizzo > 80% solo da parte di un dirigente			non in linea	
--	--	--	--------------	--

RISORSE			incentivazione/valutazione	
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	dirigenza	
obiettivo di struttura			direttore	dirigenti
Rispettare il budget assegnato per il materiale diagnostico	importo assegnato a livello di struttura operativa	€ 530.000 su fondi istituzionali con una tolleranza del -8%.	25%	25%
Monitoraggio al 31.12.2014			Grado di Raggiungimento	
€ 576.254 (99,33%) (Budget incrementato per tolleranza 8% diventa € 572.400). Tenuto conto dell'incremento delle richieste di esami per esterni (+3,79% in termini di valore) e della riduzione del vincolo operativo sui dispositivi medici disposta dalla regione con DGR 2100, l'obiettivo viene considerato raggiunto.			100,00%	
obiettivo dipartimentale				
Applicazione della procedura dipartimentale di gestione strumentazione e di introduzione di percorsi per nuove attività secondo approccio HTA	acquisizione della strumentazione secondo l'approccio mini-HTA	evidenza del rispetto dell'indicatore	x	x
Monitoraggio al 31.12.2014			Grado di Raggiungimento	
A livello dipartimentale sono stati prodotti i report secondo l'approccio mini-HTA per la seguente strumentazione: - MaldiToF - Real Time Live Cell Imaging - Acquisitore di immagini per l'applicazione di WB e analisi di DNA - Pyrosequenziatore - Nanotech - MiSeq - DD PCR (nota prot. 1254/CG del 22.01.2015)			in linea	

SINTESI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI INCENTIVATI

	% raggiungimento obiettivi incentivati	% valutazione
personale dirigenza	100,00%	95%

Approvato dall'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance con Verbale n. 8 del 19/6/15

In analogia alla valutazione degli obiettivi aziendali da parte della DCISPS, l'obiettivo di equilibrio di bilancio rappresenta la preconditione per ogni ulteriore valutazione dei risultati attesi incentivati sotto riportati del direttore di struttura complessa. Nel caso di un'eventuale perdita di esercizio sarà valutato negativamente qualora eccedente lo 0,1% del totale dei costi della produzione.

QUALITÀ E APPROPRIATEZZA			incentivazione/valutazione	
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	dirigenza	
			direttore	dirigenti
obiettivo aziendale				
Revisione dei percorsi di patologia (PDTA) con particolare riferimento a colon retto, ovaio mammella, melanoma	- partecipazione attiva ai gruppi di lavoro formalizzati dalla direzione sanitaria - formalizzazione della revisione del percorso con l'indicazione degli indicatori entro aprile - avvio della fase pilota nel secondo semestre - monitoraggio degli indicatori dal mese successivo all'avvio	- evidenza del documento di revisione dei percorsi - rispetto degli indicatori	5%	5%
Monitoraggio al 31.12.2014			Grado di Raggiungimento	
<p>Nell'anno 2014 è stato avviato il programma aziendale per l'analisi e revisione dei PDTA. Sono stati formalmente costituiti i gruppi di lavoro relativi ai PDTA del melanoma, della mammella, del colon-retto, dell'ovaio e dei linfomi che hanno analizzato e in parte modificato i percorsi esistenti con ricadute sulle attività sanitarie e sull'organizzazione.</p> <p>Sono stati, inoltre, proposti da ciascun team degli indicatori tra i quali andranno selezionati, dopo attento esame, quelli maggiormente idonei al monitoraggio della attività critiche di ciascun PDTA.</p> <p>Con nota prot. 3454/DS del 24.02.2015 è stata data evidenza che il mancato rispetto del cronoprogramma previsto dagli indicatori di budget è dipeso da cause indipendenti dalle varie strutture operative. Per questo motivo e tenuto conto dell'attività svolta dalle varie strutture operative coinvolte, la direzione sanitaria ha ritenuto di riconoscere questo obiettivo come pienamente raggiunto.</p>			100,00%	

ATTIVITÀ			incentivazione/valutazione	
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	dirigenza	
			direttore	dirigenti
obiettivo di struttura				
Garantire i volumi (valore) dell'attività specialistica complessiva (esterni e interni) del 2013	valore complessivo Il risultato viene valutato come segue: valore ≥ 95% = 100% valore ≥ 90% e < 95% = 90% valore ≥ 75% e < 90% = 50% valore < 75% = 0%	€ 880.000	25%	25%
Monitoraggio al 31.12.2014			Grado di Raggiungimento	
€ 1.135.054			100,00%	

obiettivo dipartimentale				
Pubblicazioni scientifiche	punti di impact factor normalizzato. L'obiettivo è valutato secondo il criterio di proporzionalità con soglia minima dell'80%.	valore dipartimentale: 400 IF normalizzato	30%	30%
Monitoraggio al 31.12.2014			Grado di Raggiungimento	
416			100,00%	

obiettivo di struttura				
Variabili attività scientifica (Allegato 1)	punti attività scientifica della struttura operativa. I punteggi realizzati vengono valutati come segue: un punteggio > 4 punti = 100% un punteggio < 1 punti = 0 il restante = 80%	punteggio > 4	2%	2%
Monitoraggio al 31.12.2014			Grado di Raggiungimento	
obiettivo raggiunto			100,00%	

ATTIVITÀ			incentivazione/valutazione	
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	dirigenza	
obiettivo dipartimentale			direttore	dirigenti
Partecipazione alla visita del Consiglio Scientifico Internazionale (CSI) del 14-15 marzo 2014	numero di partecipanti per dipartimento	almeno il 20% dei dirigenti del dipartimento in entrambe le giornate (con tolleranza del -5%)	3%	3%

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

16 dirigenti hanno partecipato alla prima giornata e 10 alla seconda

100,00%

POTENZIAMENTO DELLE ANALISI CLINICHE ATTRAVERSO CONDIVISIONE Percorsi Diagnostici			incentivazione/valutazione	
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	dirigenza	
obiettivo di struttura			direttore	dirigenti
Inserimento a sistema dell'offerta diagnostica molecolare e FISH in oncoematologia	Introduzione di prestazioni diagnostiche per sindrome mieloproliferativa cronica e patologie linfoproliferative	avvio entro il 31.12	x	x

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

Sono state inserite le prestazioni relative alla diagnostica delle malattie mieloproliferative (calreticulina). In particolare, state inserite e refertate le seguenti prestazioni:
n. 100 BCR-ABL quantitativo (RT-PCR), n. 44 Mutazioni JAK2 esone 12 (ARMS PCR), n. 44 Mutazioni MPL esone 10 (sequenza), n. 58 Mutazioni Jcalreticulina (sequenza), n. 17 Mutazioni MYD88 (ARMS PCR) e n. 2 Mutazioni BRAF (ARMS PCR) (mail del direttore della SOC del 15.01.2014).

in linea

obiettivo in comune AP e SOECS			incentivazione/valutazione	
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	dirigenza	
Percorso diagnostico integrato diagnostica molecolare per patologie oncoematologiche	effettuazione analisi molecolari con AP	a partire dal mese di giugno	5%	5%

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

con mail del 30.06.2014 (prot. 10313/CG) è stato presentato il progetto di razionalizzazione. Le attività in esso riportate hanno decorso operativo immediato

100,00%

obiettivo in comune AP e SOECS			incentivazione/valutazione	
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	dirigenza	
Percorso diagnostico integrato FISH per patologie oncoematologiche (con AP)	effettuazione analisi FISH con AP	a partire dal mese di giugno	5%	5%

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

con mail del 30.06.2014 (prot. 10313/CG) è stato presentato il progetto di razionalizzazione. Le analisi sono operative ed è stato predisposto il modulo per le richieste: al momento non ci sono state richieste

non valutabile

obiettivo in comune SOECS e OS2			incentivazione/valutazione	
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	dirigenza	
Predisposizione protocollo di monitoraggio CEC in tumori ovarici	evidenza di protocollo d'analisi	entro 30.06	x	x

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

il percorso è stato approvato da IRB in data 29.04.2014

in linea

POTENZIAMENTO DELLA RICERCA ATTRAVERSO LA CONDIVISIONE DI STRUMENTI/MODELLI			incentivazione/valutazione	
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	dirigenza	
obiettivo di struttura			direttore	dirigenti
Predisposizione della procedura di accesso alla PT Citofluorimetria	evidenza della procedura	entro il 31.12	x	x

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

la procedura è stata predisposta (n. 4 analizzatori + n. 1 cell sorter) (nota prot. 1254/CG del 22.01.2015)

in linea

POTENZIAMENTO DELLA RICERCA ATTRAVERSO LA CONDIVISIONE DI STRUMENTI/MODELLI
incentivazione/valutazione

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	dirigenza	
			direttore	dirigenti
obiettivo di struttura				
Attivazione di recruitment per biobanca	comunicazione mensile del materiale biologico congelato	evidenza delle comunicazioni	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Monitoraggio al 31.12.2014
Grado di Raggiungimento

inviate comunicazioni mensili (mail biobanca prot. 1322/CG)

in linea

POTENZIAMENTO DELLE ATTIVITÀ INTEGRATE CLINICO SPERIMENTALI
incentivazione/valutazione

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	dirigenza	
			direttore	dirigenti
obiettivo aziendale				
Partecipazione ad ambulatori di interesse clinico sperimentale (linfomi)	evidenza progetto di fattibilità attivazione ambulatorio condiviso tra le strutture di oncoematologia, oncologia medica A e anatomia patologica	entro il 30.09	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Monitoraggio al 31.12.2014
Grado di Raggiungimento

Obiettivo trasferito nell'ambito dei PDTA (Linfomi)

non valutabile

GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO
incentivazione/valutazione

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	dirigenza	
			direttore	dirigenti
obiettivo aziendale				
Programma di accreditamento internazionale	partecipazione alle attività con le cadenze previste nel programma	è rispettato il cronoprogramma di Accreditation Canada	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Monitoraggio al 31.12.2014
Grado di Raggiungimento

Il cronoprogramma è stato rispettato. Nel corso del 2014 è stato avviato il nuovo ciclo con la fase di formazione svolta direttamente da Accreditation Canada (1-3 ottobre) e sono stati costituiti formalmente i team (29.12).

in linea

GESTIONE RISORSE UMANE E ORGANIZZAZIONE
incentivazione/valutazione

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	dirigenza	
			direttore	dirigenti
obiettivo di struttura				
Gestire le ferie del personale della dirigenza	Il risultato atteso è calcolato in questo modo: -per il personale con residuo ferie al 1/1/14 >8 gg: ridurre il residuo di almeno il 10% -per il personale con residuo ferie al 1/1/14 ≤8 gg: mantenere un residuo ferie ≤ 8 giorni. La valutazione è effettuata a livello complessivo. 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.	proseguire nel percorso di abbattimento del residuo ferie: obiettivo 135 gg	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Monitoraggio al 31.12.2014
Grado di Raggiungimento

 120 gg
 L'OIVP prende atto della complessità delle situazioni realizzatesi, tale da rendere estremamente impegnativa la valutazione precisa del grado di raggiungimento dell'obiettivo da parte delle diverse strutture. Di conseguenza si ritiene di non valutare l'obiettivo. (Verbale n. 7 in data 20/05/2015)

non valutabile

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	dirigenza	
obiettivo dipartimentale				
Realizzazione di eventi formativi ECM individuati nell'ambito del comitato di dipartimento	numero eventi	9 eventi con tolleranza del 30%	direttore	dirigenti
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

Sono stati realizzati 8 eventi formativi: modelli umani, modelli murini, isolamento, analisi DNA, analisi RNA, analisi proteine, eventi rari e imaging (nota prot. 1254/CG del 22.01.2015)

in linea

RISORSE			incentivazione/valutazione	
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	dirigenza	
obiettivo di struttura				
Rispettare il budget assegnato per il materiale diagnostico	importo assegnato a livello di struttura operativa	€ 200.000 fondi istituzionali con tolleranza del -8%	direttore	dirigenti
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

€ 224.512 (96,06%)

(Budget incrementato per tolleranza 8% diventa € 216.000)

Tenuto conto dell'incremento delle richieste di esami per esterni (+34,93% in termini di valore) e della riduzione del vincolo operativo sui dispositivi medici disposta dalla regione con DGR 2100, l'obiettivo viene considerato raggiunto.

100,00%

obiettivo dipartimentale				
Applicazione della procedura dipartimentale di gestione strumentazione e di introduzione di percorsi per nuove attività secondo approccio HTA	acquisizione della strumentazione secondo l'approccio mini-HTA	evidenza del rispetto dell'indicatore	direttore	dirigenti
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

A livello dipartimentale sono stati prodotti i report secondo l'approccio mini-HTA per la seguente strumentazione:

- Malditof
- Real Time Live Cell Imaging
- Acquisitore di immagini per l'applicazione di WB e analisi di DNA
- Pyrosequenziatore
- Nanotech
- MiSeq
- DD PCR

(nota prot. 1254/CG del 22.01.2015)

in linea

SINTESI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI INCENTIVATI

	% raggiungimento obiettivi incentivati	% valutazione
personale dirigenza	100,00%	95%

Approvato dall'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance con Verbale n. 8 del 19/6/15

In analogia alla valutazione degli obiettivi aziendali da parte della DCISPS, l'obiettivo di equilibrio di bilancio rappresenta la precondizione per ogni ulteriore valutazione dei risultati attesi incentivati sotto riportati del direttore di struttura complessa. Nel caso di un'eventuale perdita di esercizio sarà valutato negativamente qualora eccedente lo 0,1% del totale dei costi della produzione.

QUALITÀ E APPROPRIATEZZA			incentivazione/valutazione	
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	dirigenza	
			direttore	dirigenti
obiettivo aziendale				
Revisione dei percorsi di patologia (PDTA) con particolare riferimento a colon retto, ovaio mammella, melanoma	- partecipazione attiva ai gruppi di lavoro formalizzati dalla direzione sanitaria - formalizzazione della revisione del percorso con l'indicazione degli indicatori entro aprile - avvio della fase pilota nel secondo semestre - monitoraggio degli indicatori dal mese successivo all'avvio	- evidenza del documento di revisione dei percorsi - rispetto degli indicatori	5%	5%

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

Nell'anno 2014 è stato avviato il programma aziendale per l'analisi e revisione dei PDTA. Sono stati formalmente costituiti i gruppi di lavoro relativi ai PDTA del melanoma, della mammella, del colon-retto, dell'ovaio e dei linfomi che hanno analizzato e in parte modificato i percorsi esistenti con ricadute sulle attività sanitarie e sull'organizzazione. Sono stati, inoltre, proposti da ciascun team degli indicatori tra i quali andranno selezionati, dopo attento esame, quelli maggiormente idonei al monitoraggio della attività critiche di ciascun PDTA. Con nota prot. 3454/DS del 24.02.2015 è stata data evidenza che il mancato rispetto del cronoprogramma previsto dagli indicatori di budget è dipeso da cause indipendenti dalle varie strutture operative. Per questo motivo e tenuto conto dell'attività svolta dalle varie strutture operative coinvolte, la direzione sanitaria ha ritenuto di riconoscere questo obiettivo come pienamente raggiunto.

100,00%

ATTIVITÀ			incentivazione/valutazione	
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	dirigenza	
			direttore	dirigenti
obiettivo di struttura				
Garantire i volumi (valore) dell'attività specialistica complessiva (esterni e interni) del 2013	valore complessivo Il risultato viene valutato come segue: valore ≥ 95% = 100% valore ≥ 90% e < 95% = 90% valore ≥ 75% e < 90% = 50% valore < 75% = 0%	€ 800.000	35%	35%

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

€ 896.725

100,00%

obiettivo dipartimentale				
Pubblicazioni scientifiche	punti di impact factor normalizzato. L'obiettivo è valutato secondo il criterio di proporzionalità con soglia minima dell'80%.	valore dipartimentale: 400 IF normalizzato	20%	20%

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

416

100,00%

obiettivo di struttura				
Variabili attività scientifica (Allegato 1)	punti attività scientifica della struttura operativa. I punteggi realizzati vengono valutati come segue: un punteggio > 4 punti = 100% un punteggio < 1 punti = 0 il restante = 80%	punteggio > 4	2%	2%

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

2 punti

80,00%

ATTIVITÀ			incentivazione/valutazione	
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	dirigenza	
obiettivo dipartimentale			direttore	dirigenti
Partecipazione alla visita del Consiglio Scientifico Internazionale (CSI) del 14-15 marzo 2014	numero di partecipanti per dipartimento	almeno il 20% dei dirigenti del dipartimento in entrambe le giornate (con tolleranza del -5%)	3%	3%

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

16 dirigenti hanno partecipato alla prima giornata e 10 alla seconda

100,00%

obiettivo di struttura

Monitoraggio microbiologico per camere bianche	controlli mensili secondo protocollo e analisi delle eventuali criticità	evidenza dei controlli (monitoraggio del responsabile della struttura di Trattamento cellule staminali)	x	x
--	--	---	---	---

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

i risultati dei controlli sono pervenuti regolarmente e sono conservati negli appositi registri della struttura di Trattamento cellule staminali (mail in data 26.01.2015 del responsabile della struttura di Trattamento cellule staminali)

in linea

obiettivo di struttura

Sorveglianza microbiologica sulla ristorazione secondo il manuale HACCP adottato dall'Istituto	controlli mensili secondo protocollo e analisi delle eventuali criticità. Sono esclusi i controlli sugli alimenti	evidenza dei controlli (monitoraggio della direzione sanitaria).	x	x
--	---	--	---	---

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

controlli effettuati: 27.01, 18.02, 17.03, 14.04, 26.05, 16.06, 22.07, 26.08, 16.09, 20.10, 25.11 e 16.12.

in linea

POTENZIAMENTO DELLE ANALISI CLINICHE ATTRAVERSO CONDIVISIONE Percorsi Diagnostici

incentivazione/valutazione

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	dirigenza	
obiettivo di struttura			direttore	dirigenti
Inserimento a sistema dell'offerta diagnostica	inserimento in G3 di nuove prestazioni di diagnostica molecolare microbiologica	avvio entro il 31.12	5%	5%

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

con mail del 31.12 il direttore della Struttura ha presentato il percorso che è stato attuato per l'introduzione di nuove prestazioni diagnostiche. Viene precisato che, al fine di ridurre l'impatto in termini di consumi di prodotti diagnostici, l'inserimento in routine di queste nuove prestazioni è stato programmato per il mese di gennaio 2015.

0,00%

POTENZIAMENTO DELLA RICERCA ATTRAVERSO LA CONDIVISIONE DI STRUMENTI/MODELLI

incentivazione/valutazione

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	dirigenza	
obiettivo di struttura			direttore	dirigenti
Predisposizione della procedura di accesso alla PT Citofluorimetria	evidenza della procedura	entro il 31.12	x	x

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

la procedura è stata predisposta (n. 4 analizzatori + n. 1 cell sorter) (nota prot. 1254/CG del 22.01.2015)

in linea

obiettivo di struttura

Predisposizione della procedura di accesso alla PT Luminex	evidenza della procedura	entro il 31.12	x	x
--	--------------------------	----------------	---	---

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

la procedura è stata predisposta (n. 1 beard-array luminex) (nota prot. 1254/CG del 22.01.2015)

in linea

POTENZIAMENTO DELLA RICERCA ATTRAVERSO LA CONDIVISIONE DI STRUMENTI/MODELLI
incentivazione/valutazione

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	dirigenza	
obiettivo di struttura			direttore	dirigenti
Attivazione di recruitment per biobanca	comunicazione mensile del materiale biologico congelato	evidenza delle comunicazioni	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Monitoraggio al 31.12.2014
Grado di Raggiungimento

con mail del 31.12, è stata inviata la lista di campioni biologici congelati riferiti al periodo gennaio-novembre (mail biobanca prot. 1322/CG) non in linea

GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO
incentivazione/valutazione

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	dirigenza	
obiettivo aziendale			direttore	dirigenti
Programma di accreditamento internazionale	partecipazione alle attività con le cadenze previste nel programma	è rispettato il cronoprogramma di Accreditation Canada	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Monitoraggio al 31.12.2014
Grado di Raggiungimento

Il cronoprogramma è stato rispettato. Nel corso del 2014 è stato avviato il nuovo ciclo con la fase di formazione svolta direttamente da Accreditation Canada (1-3 ottobre) e sono stati costituiti formalmente i team (29.12). in linea

GESTIONE RISORSE UMANE E ORGANIZZAZIONE
incentivazione/valutazione

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	dirigenza	
obiettivo di struttura			direttore	dirigenti
Gestire le ferie del personale della dirigenza	Il risultato atteso è calcolato in questo modo: -per il personale con residuo ferie al 1/1/14 >8 gg: ridurre il residuo di almeno il 10% -per il personale con residuo ferie al 1/1/14 ≤8 gg: mantenere un residuo ferie ≤ 8 giorni. La valutazione è effettuata a livello complessivo. 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.	proseguire nel percorso di abbattimento del residuo ferie: obiettivo 158 gg	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Monitoraggio al 31.12.2014
Grado di Raggiungimento

104 gg non valutabile
 L'OIVP prende atto della complessità delle situazioni realizzatesi, tale da rendere estremamente impegnativa la valutazione precisa del grado di raggiungimento dell'obiettivo da parte delle diverse strutture. Di conseguenza si ritiene di non valutare l'obiettivo. (Verbale n. 7 in data 20/05/2015)

obiettivo dipartimentale			direttore	dirigenti
Realizzazione di eventi formativi ECM individuati nell'ambito del comitato di dipartimento	numero eventi	9 eventi con tolleranza del 30%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Monitoraggio al 31.12.2014
Grado di Raggiungimento

Sono stati realizzati 8 eventi formativi: modelli umani, modelli murini, isolamento, analisi DNA, analisi RNA, analisi proteine, eventi rari e imaging in linea
 (nota prot. 1254/CG del 22.01.2015)

RISORSE			incentivazione/valutazione	
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	dirigenza	
obiettivo di struttura			direttore	dirigenti
Rispettare il budget assegnato per il materiale diagnostico	importo assegnato a livello di struttura operativa	€ 430.000 fondi istituzionali con tolleranza del -8%	30%	30%

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

€ 496.920

(Budget incrementato per tolleranza 8% diventa € 464.400).

Tenuto conto dell'incremento delle richieste di esami per esterni (+19,73% in termini di valore) e della riduzione del vincolo operativo sui dispositivi medici disposta dalla regione con DGR 2100, l'obiettivo viene considerato raggiunto.

100,00%

obiettivo dipartimentale				
Applicazione della procedura dipartimentale di gestione strumentazione e di introduzione di percorsi per nuove attività secondo approccio HTA	acquisizione della strumentazione secondo l'approccio mini-HTA	evidenza del rispetto dell'indicatore	x	x

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

A livello dipartimentale sono stati prodotti i report secondo l'approccio mini-HTA per la seguente strumentazione:

- MaldiToF
- Real Time Live Cell Imaging
- Acquisitore di immagini per l'applicazione di WB e analisi di DNA
- Pyrosequenziatore
- Nanotech
- MiSeq
- DD PCR

(nota prot. 1254/CG del 22.01.2015)

in linea

SINTESI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI INCENTIVATI

	% raggiungimento obiettivi incentivati	% valutazione
personale dirigenza	94,60%	100%

QUALITÀ E APPROPRIATEZZA **incentivazione/valutazione**

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	dirigenza	
			direttore	dirigenti
			<p>obiettivo aziendale</p> <p>Revisione dei percorsi di patologia (PDTA) con particolare riferimento a colon retto, ovaio mammella, melanoma</p>	

Monitoraggio al 31.12.2014	Grado di Raggiungimento
<p>Nell'anno 2014 è stato avviato il programma aziendale per l'analisi e revisione dei PDTA. Sono stati formalmente costituiti i gruppi di lavoro relativi ai PDTA del melanoma, della mammella, del colon-retto, dell'ovaio e dei linfomi che hanno analizzato e in parte modificato i percorsi esistenti con ricadute sulle attività sanitarie e sull'organizzazione.</p> <p>Sono stati, inoltre, proposti da ciascun team degli indicatori tra i quali andranno selezionati, dopo attento esame, quelli maggiormente idonei al monitoraggio della attività critiche di ciascun PDTA.</p> <p>Con nota prot. 3454/DS del 24.02.2015 è stata data evidenza che il mancato rispetto del cronoprogramma previsto dagli indicatori di budget è dipeso da cause indipendenti dalle varie strutture operative. Per questo motivo e tenuto conto dell'attività svolta dalle varie strutture operative coinvolte, la direzione sanitaria ha ritenuto di riconoscere questo obiettivo come pienamente raggiunto.</p>	100,00%

ATTIVITÀ **incentivazione/valutazione**

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	dirigenza	
			direttore	dirigenti
			<p>obiettivo di struttura</p> <p>Garantire i volumi (valore) dell'attività specialistica complessiva (esterni e interni) del 2013</p>	

Monitoraggio al 31.12.2014	Grado di Raggiungimento
€ 2.422.228	100,00%

<p>obiettivo dipartimentale</p> <p>Pubblicazioni scientifiche</p>		20%	20%
--	--	-----	-----

Monitoraggio al 31.12.2014	Grado di Raggiungimento
416	100,00%

<p>obiettivo di struttura</p> <p>Variabili attività scientifica (Allegato 1)</p>		2%	2%
---	--	----	----

Monitoraggio al 31.12.2014	Grado di Raggiungimento
3 punti	80,00%

ATTIVITÀ			incentivazione/valutazione	
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	dirigenza	
obiettivo dipartimentale			direttore	dirigenti
Partecipazione alla visita del Consiglio Scientifico Internazionale (CSI) del 14-15 marzo 2014	numero di partecipanti per dipartimento	almeno il 20% dei dirigenti del dipartimento in entrambe le giornate (con tolleranza del -5%)	3%	3%

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

16 dirigenti hanno partecipato alla prima giornata e 10 alla seconda

100,00%

POTENZIAMENTO DELLE ANALISI CLINICHE ATTRAVERSO CONDIVISIONE Percorsi Diagnostici			incentivazione/valutazione	
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	dirigenza	
obiettivo di struttura			direttore	dirigenti
Inserimento a sistema dell'offerta diagnostica	introduzione di nuove prestazioni di diagnostica molecolare di oncologia	avvio entro il 31.12	x	x

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

La struttura ha partecipato alla definizione del percorso di refertazione e di gestione amministrativa (Presso la Segreteria Dipartimentale) delle prestazioni che OS2 eroga per l'Anatomia Patologica. Tale percorso si è concluso a Dicembre 2014 con una procedura operativa tra Anatomia Patologica OS2 e Segreteria Dipartimentale.

in linea

POTENZIAMENTO DELLA RICERCA ATTRAVERSO LA CONDIVISIONE DI STRUMENTI/MODELLI			incentivazione/valutazione	
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	dirigenza	
obiettivo di struttura			direttore	dirigenti
Attivazione di recruitment per biobanca	comunicazione mensile del materiale biologico ricevuto	evidenza delle comunicazioni	x	x

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

inviare comunicazioni mensili (mail biobanca prot. 1322/CG)

in linea

GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO			incentivazione/valutazione	
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	dirigenza	
obiettivo aziendale			direttore	dirigenti
Programma di accreditamento internazionale	partecipazione alle attività con le cadenze previste nel programma	è rispettato il cronoprogramma di Accreditation Canada	x	x

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

Il cronoprogramma è stato rispettato. Nel corso del 2014 è stato avviato il nuovo ciclo con la fase di formazione svolta direttamente da Accreditation Canada (1-3 ottobre) e sono stati costituiti formalmente i team (29.12).

in linea

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	dirigenza	
			direttore	dirigenti
			obiettivo di struttura	
Gestire le ferie del personale della dirigenza	<p>Il risultato atteso è calcolato in questo modo:</p> <p>-per il personale con residuo ferie al 1/1/14 >8 gg: ridurre il residuo di almeno il 10%</p> <p>-per il personale con residuo ferie al 1/1/14 ≤8 gg: mantenere un residuo ferie ≤ 8 giorni.</p> <p>La valutazione è effettuata a livello complessivo. 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.</p>	perseguire nel percorso di abbattimento del residuo ferie: obiettivo 140 gg	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

92 gg L'OIVP prende atto della complessità delle situazioni realizzatesi, tale da rendere estremamente impegnativa la valutazione precisa del grado di raggiungimento dell'obiettivo da parte delle diverse strutture. Di conseguenza si ritiene di non valutare l'obiettivo. (Verbale n. 7 in data 20/05/2015)	non valutabile
--	----------------

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	direttore	dirigenti
obiettivo dipartimentale				
Realizzazione di eventi formativi ECM individuati nell'ambito del comitato di dipartimento	numero eventi	9 eventi con tolleranza del 30%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

Sono stati realizzati 8 eventi formativi: modelli umani, modelli murini, isolamento, analisi DNA, analisi RNA, analisi proteine, eventi rari e imaging (nota prot. 1254/CG del 22.01.2015)	in linea
--	----------

SISTEMI INFORMATIVI

incentivazione/valutazione

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	dirigenza	
			direttore	dirigenti
			obiettivo dipartimentale	
Gestione dei sistemi informatici DN_LAB e G3 per la diagnostica del dipartimento	<p>1. parametrizzazione delle nuove prestazioni offerte delle strutture del dipartimento</p> <p>2. monitoraggio da DNlab dell'inserimento delle prestazioni da parte delle strutture operative</p>	1. entro il mese di giugno per le prestazioni della farmacologia e entro novembre per le prestazioni delle altre strutture operative 2. entro il 31.01.2015: invio report all'ufficio controllo di gestione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

Sono state parametrizzate nuove prestazioni così suddivise: - Farmacologia Clinica nel 2014 accanto al DPYD (polimorfismi DPYD*2A, DPYD*13 e DPYD2846) e al UGT1A1 (già entrati nella routine) è stato parametrizzato il test per il gene ABCB1 (per la terapia con Taxolo). - Os1: Sono stati introdotti i test di mutazione specifica per forme ereditarie mammella/ovaio (mutazione specifica BRCA). Complessivamente sono stati emessi 8 referti come risulta dalla documentazione inviata dall'OS1 all'ufficio controllo di gestione. - Bioimmunoterapie: è stato completato il percorso di attivazione della prestazione diagnostica ELISPOT-EBV e dal 31.12 la prestazione è erogabile (come risulta dal referto di prova effettuato). (mail del 16.03.2015)	100,00%
--	---------

RISORSE			incentivazione/valutazione	
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	dirigenza	
obiettivo di struttura			direttore	dirigenti
Rispettare il budget assegnato per il materiale diagnostico	importo assegnato a livello di struttura operativa	€ 800.000 fondi istituzionali con tolleranza del -8%	20%	20%
Monitoraggio al 31.12.2014			Grado di Raggiungimento	
€ 918.372. (Budget incrementato per tolleranza 8% diventa € 864.000) L'aumento è giustificato dall'inserimento del dosaggio del paratormone autorizzato dalla direzione sanitaria per il percorso chirurgico. Complessivamente sono stati eseguiti 340 dosaggi. (nota prot. 17495/S del 20.10.2014 e mail del 16.03.2015). Valutate le motivazioni sopra descritte e tenuto conto della riduzione del vincolo operativo sui dispositivi medici disposta dalla regione con DGR 2100, l'obiettivo viene considerato raggiunto.			100,00%	
obiettivo dipartimentale				
Applicazione della procedura dipartimentale di gestione strumentazione e di introduzione di percorsi per nuove attività secondo approccio HTA	acquisizione della strumentazione secondo l'approccio mini-HTA	evidenza del rispetto dell'indicatore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monitoraggio al 31.12.2014			Grado di Raggiungimento	
A livello dipartimentale sono stati prodotti i report secondo l'approccio mini-HTA per la seguente strumentazione: - Malditof - Real Time Live Cell Imaging - Acquisitore di immagini per l'applicazione di WB e analisi di DNA - Pyrosequenziatore - Nanotech - MiSeq - DD PCR (nota prot. 1254/CG del 22.01.2015)			in linea	

SINTESI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI INCENTIVATI

	% raggiungimento obiettivi incentivati	% valutazione
personale dirigenza	99,60%	100%

QUALITÀ E APPROPRIATEZZA			incentivazione/valutazione	
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	dirigenza	
			direttore	dirigenti
obiettivo aziendale				
Revisione dei percorsi di patologia (PDTA) con particolare riferimento a colon retto, ovaio mammella, melanoma	- partecipazione attiva ai gruppi di lavoro formalizzati dalla direzione sanitaria - formalizzazione della revisione del percorso con l'indicazione degli indicatori entro aprile - avvio della fase pilota nel secondo semestre - monitoraggio degli indicatori dal mese successivo all'avvio	- evidenza del documento di revisione dei percorsi - rispetto degli indicatori	5%	5%

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

Nell'anno 2014 è stato avviato il programma aziendale per l'analisi e revisione dei PDTA. Sono stati formalmente costituiti i gruppi di lavoro relativi ai PDTA del melanoma, della mammella, del colon-retto, dell'ovaio e dei linfomi che hanno analizzato e in parte modificato i percorsi esistenti con ricadute sulle attività sanitarie e sull'organizzazione. Sono stati, inoltre, proposti da ciascun team degli indicatori tra i quali andranno selezionati, dopo attento esame, quelli maggiormente idonei al monitoraggio della attività critiche di ciascun PDTA. Con nota prot. 3454/DS del 24.02.2015 è stata data evidenza che il mancato rispetto del cronoprogramma previsto dagli indicatori di budget è dipeso da cause indipendenti dalle varie strutture operative. Per questo motivo e tenuto conto dell'attività svolta dalle varie strutture operative coinvolte, la direzione sanitaria ha ritenuto di riconoscere questo obiettivo come pienamente raggiunto.

100,00%

ATTIVITÀ			incentivazione/valutazione	
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	dirigenza	
			direttore	dirigenti
obiettivo di struttura				
Contributo laboratoristico all'attività trapiantologica	numero trapianti Il risultato viene valutato come segue: valore ≥ 95% = 100% valore ≥ 90% e < 95% = 90% valore ≥ 75% e < 90% = 50% valore < 75% = 0%	≥ 46 trapianti	50%	50%

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

47 trapianti

100,00%

obiettivo dipartimentale				
Pubblicazioni scientifiche	punti di impact factor normalizzato. L'obiettivo è valutato secondo il criterio di proporzionalità con soglia minima dell'80%.	valore dipartimentale: 400 IF normalizzato	20%	20%

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

416

100,00%

obiettivo di struttura				
Variabili attività scientifica (Allegato 1)	punti attività scientifica della struttura operativa. I punteggi realizzati vengono valutati come segue: un punteggio >= 4 punti = 100% un punteggio < 1 punti = 0 il restante = 80%	punteggio > 4	2%	2%

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

obiettivo raggiunto

100,00%

ATTIVITÀ			incentivazione/valutazione	
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	dirigenza	
obiettivo dipartimentale			direttore	dirigenti
Partecipazione alla visita del Consiglio Scientifico Internazionale (CSI) del 14-15 marzo 2014	numero di partecipanti per dipartimento	almeno il 20% dei dirigenti del dipartimento in entrambe le giornate (con tolleranza del -5%)	3%	3%

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

16 dirigenti hanno partecipato alla prima giornata e 10 alla seconda

100,00%

POTENZIAMENTO DELLE ATTIVITÀ INTEGRATE CLINICO SPERIMENTALI			incentivazione/valutazione	
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	dirigenza	
obiettivo di struttura			direttore	dirigenti
Addestramento personale Camere Bianche GMP	Predisposizione di un report valutativo per n. 2 TSLB da parte del San Gerardo di Monza	entro il 31.12	15%	15%

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

nel primo semestre sono stati addestrati due laureati. Dal mese di settembre, l'azienda ospedaliera di Monza non ha più potuto accogliere richieste di addestramento del personale CRO per inagibilità del laboratorio Verri (nota dell'azienda Ospedaliera San Gerardo di Monza in data 28.11.2014).
Valutate le sopra descritte motivazioni, l'obiettivo viene considerato raggiunto.

100,00%

GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO			incentivazione/valutazione	
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	dirigenza	
obiettivo aziendale			direttore	dirigenti
Programma di accreditamento internazionale	partecipazione alle attività con le cadenze previste nel programma	è rispettato il cronoprogramma di Accreditation Canada	x	x

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

Il cronoprogramma è stato rispettato. Nel corso del 2014 è stato avviato il nuovo ciclo con la fase di formazione svolta direttamente da Accreditation Canada (1-3 ottobre) e sono stati costituiti formalmente i team (29.12).

in linea

GESTIONE RISORSE UMANE E ORGANIZZAZIONE			incentivazione/valutazione	
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	dirigenza	
obiettivo di struttura			direttore	dirigenti
Gestire le ferie del personale della dirigenza	Il risultato atteso è calcolato in questo modo: -per il personale con residuo ferie al 1/1/14 >8 gg: ridurre il residuo di almeno il 10% -per il personale con residuo ferie al 1/1/14 ≤8 gg: mantenere un residuo ferie ≤ 8 giorni. La valutazione è effettuata a livello complessivo. 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.	proseguire nel percorso di abbattimento del residuo ferie: obiettivo 75 gg	x	x

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

69 gg
L'OIVP prende atto della complessità delle situazioni realizzatesi, tale da rendere estremamente impegnativa la valutazione precisa del grado di raggiungimento dell'obiettivo da parte delle diverse strutture. Di conseguenza si ritiene di non valutare l'obiettivo. (Verbale n. 7 in data 20/05/2015)

non valutabile

GESTIONE RISORSE UMANE E ORGANIZZAZIONE
incentivazione/valutazione

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	dirigenza	
obiettivo dipartimentale			direttore	dirigenti
Realizzazione di eventi formativi ECM individuati nell'ambito del comitato di dipartimento	numero eventi	9 eventi con tolleranza del 30%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Grado di Raggiungimento

Sono stati realizzati 8 eventi formativi: modelli umani, modelli murini, isolamento, analisi DNA, analisi RNA, analisi proteine, eventi rari e imaging (nota prot. 1254/CG del 22.01.2015)

in linea

SISTEMI INFORMATIVI
incentivazione/valutazione

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	dirigenza	
obiettivo di struttura			direttore	dirigenti
Attività sistema gestionale HEMASOFT (e-delphyn) per staminali	% di procedure aferetiche inserite nel gestionale	100%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Grado di Raggiungimento

La fase di parametrizzazione è stata molto lunga (è la prima in Italia per terapie cellulari). Il sistema è operativo da dicembre 2014: conseguentemente tutte le nuove raccolte di cellule staminali periferiche sono state inserite nel gestionale. Valutate le sopra descritte motivazioni, l'obiettivo viene considerato raggiunto.

in linea

RISORSE
incentivazione/valutazione

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	dirigenza	
obiettivo di struttura			direttore	dirigenti
Rispettare il budget assegnato per il materiale diagnostico	importo assegnato a livello di struttura operativa	€ 20.000 su fondi istituzionali con una tolleranza del -8%.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Grado di Raggiungimento

€ 16.562

100,00%

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	dirigenza	
obiettivo dipartimentale			direttore	dirigenti
Applicazione della procedura dipartimentale di gestione strumentazione e di introduzione di percorsi per nuove attività secondo approccio HTA	acquisizione della strumentazione secondo l'approccio mini-HTA	evidenza del rispetto dell'indicatore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Grado di Raggiungimento

A livello dipartimentale sono stati prodotti i report secondo l'approccio mini-HTA per la seguente strumentazione:

- Malditof
- Real Time Live Cell Imaging
- Acquisitore di immagini per l'applicazione di WB e analisi di DNA
- Pyrosequenziatore
- Nanotech
- MiSeq
- DD PCR

(nota prot. 1254/CG del 22.01.2015)

in linea

SINTESI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI INCENTIVATI

	% raggiungimento obiettivi incentivati	% valutazione
personale dirigenza	100,00%	100%

QUALITÀ E APPROPRIATEZZA **incentivazione/valutazione**

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	dirigenza	
			direttore	dirigenti
			obiettivo aziendale	
Revisione dei percorsi di patologia (PDTA) con particolare riferimento a colon retto, ovaio mammella, melanoma	- partecipazione attiva ai gruppi di lavoro formalizzati dalla direzione sanitaria - formalizzazione della revisione del percorso con l'indicazione degli indicatori entro aprile - avvio della fase pilota nel secondo semestre - monitoraggio degli indicatori dal mese successivo all'avvio	- evidenza del documento di revisione dei percorsi - rispetto degli indicatori	5%	5%

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

Nell'anno 2014 è stato avviato il programma aziendale per l'analisi e revisione dei PDTA. Sono stati formalmente costituiti i gruppi di lavoro relativi ai PDTA del melanoma, della mammella, del colon-retto, dell'ovaio e dei linfomi che hanno analizzato e in parte modificato i percorsi esistenti con ricadute sulle attività sanitarie e sull'organizzazione. Sono stati, inoltre, proposti da ciascun team degli indicatori tra i quali andranno selezionati, dopo attento esame, quelli maggiormente idonei al monitoraggio della attività critiche di ciascun PDTA. Con nota prot. 3454/DS del 24.02.2015 è stata data evidenza che il mancato rispetto del cronoprogramma previsto dagli indicatori di budget è dipeso da cause indipendenti dalle varie strutture operative. Per questo motivo e tenuto conto dell'attività svolta dalle varie strutture operative coinvolte, la direzione sanitaria ha ritenuto di riconoscere questo obiettivo come pienamente raggiunto.

100,00%

ATTIVITÀ **incentivazione/valutazione**

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	dirigenza	
			direttore	dirigenti
			obiettivo di struttura	
Contributo alla genetica predittiva	n. visite di consulenza genetica	≥ 190 con tolleranza del - 5%	5%	

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

261

100,00%

obiettivo di struttura				
Prestazioni specialistiche ambulatoriali per esterni e per interni	valore attività ambulatoriale complessiva Il risultato viene valutato come segue: valore ≥ 95% = 100% valore ≥ 90% e < 95% = 90% valore ≥ 75% e < 90% = 50% valore < 75% = 0%	€ 70.000	x	5%

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

€ 26.845

Il target non è stato raggiunto perché in sede di definizione era stato sovrastimato in assenza di un reale riferimento storico (le nuove prestazioni non erano mai state erogate/valorizzate.) (nota prot. 21457/S del 31.12.2014). Valutate le sopra descritte motivazioni, l'obiettivo viene considerato raggiunto.

100,00%

obiettivo dipartimentale				
Pubblicazioni scientifiche	punti di impact factor normalizzato. L'obiettivo è valutato secondo il criterio di proporzionalità con soglia minima dell'80%.	valore dipartimentale: 400 IF normalizzato	20%	20%

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

416

100,00%

ATTIVITÀ			incentivazione/valutazione	
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	dirigenza	
obiettivo in comune OS1, OS2, FCS e BIT			direttore	dirigenti
Pubblicazioni scientifiche	punti di impact factor normalizzato per OS1, OS2, FCS e BIT. L'obiettivo è valutato secondo il criterio di proporzionalità con soglia minima dell'80%.	valore delle strutture OS1, OS2, FCS e BIT: 250 IF normalizzato	55%	55%

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

294

100,00%

obiettivo di struttura				
Variabili attività scientifica (Allegato 1)	punti attività scientifica della struttura operativa. I punteggi realizzati vengono valutati come segue: un punteggio >= 4 punti = 100% un punteggio < 1 punti = 0 il restante = 80%	punteggio > 4	2%	2%

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

obiettivo raggiunto

100,00%

obiettivo dipartimentale				
Partecipazione alla visita del Consiglio Scientifico Internazionale (CSI) del 14-15 marzo 2014	numero di partecipanti per dipartimento	almeno il 20% dei dirigenti del dipartimento in entrambe le giornate (con tolleranza del -5%)	3%	3%

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

16 dirigenti hanno partecipato alla prima giornata e 10 alla seconda

100,00%

POTENZIAMENTO DELLE ANALISI CLINICHE ATTRAVERSO CONDIVISIONE PERCORSI DIAGNOSTICI			incentivazione/valutazione	
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	dirigenza	
obiettivo di struttura			direttore	dirigenti
Inserimento a sistema dell'offerta diagnostica	introduzione di nuove prestazioni collegate ad attività su pazienti immunocompromessi	avvio entro il 31.12	x	x

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

è stato completato il percorso di attivazione della prestazione diagnostica ELISPOT-EBV e dal 31.12 la prestazione è erogabile (come risulta dal referto di prova effettuato).

in linea

POTENZIAMENTO DELLA RICERCA ATTRAVERSO LA CONDIVISIONE DI STRUMENTI/MODELLI			incentivazione/valutazione	
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	dirigenza	
obiettivo di struttura			direttore	dirigenti
Predisposizione delle procedure di accesso alla PT Proteomica e "Image Stream"	evidenza delle procedure	entro il 31.12	x	x

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

Sono state predisposte le procedure di accesso alla PT Proteomica (n. 1 MALDI-TOF) e alla PT "Image Stream". (nota prot. 1254/CG del 22.01.2015)

in linea

GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO			incentivazione/valutazione	
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	dirigenza	
obiettivo aziendale			direttore	dirigenti
Programma di accreditamento internazionale	partecipazione alle attività con le cadenze previste nel programma	è rispettato il cronoprogramma di Accreditation Canada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monitoraggio al 31.12.2014			Grado di Raggiungimento	
Il cronoprogramma è stato rispettato. Nel corso del 2014 è stato avviato il nuovo ciclo con la fase di formazione svolta direttamente da Accreditation Canada (1-3 ottobre) e sono stati costituiti formalmente i team (29.12).			in linea	

GESTIONE RISORSE UMANE E ORGANIZZAZIONE			incentivazione/valutazione	
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	dirigenza	
obiettivo di struttura			direttore	dirigenti
Gestire le ferie del personale della dirigenza	Il risultato atteso è calcolato in questo modo: -per il personale con residuo ferie al 1/1/14 >8 gg: ridurre il residuo di almeno il 10% -per il personale con residuo ferie al 1/1/14 ≤8 gg: mantenere un residuo ferie ≤ 8 giorni. La valutazione è effettuata a livello complessivo. 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.	perseguire nel percorso di abbattimento del residuo ferie: obiettivo 97 gg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monitoraggio al 31.12.2014			Grado di Raggiungimento	
84 gg L'OIVP prende atto della complessità delle situazioni realizzatesi, tale da rendere estremamente impegnativa la valutazione precisa del grado di raggiungimento dell'obiettivo da parte delle diverse strutture. Di conseguenza si ritiene di non valutare l'obiettivo. (Verbale n. 7 in data 20/05/2015)			non valutabile	

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	dirigenza	
obiettivo dipartimentale			direttore	dirigenti
Realizzazione di eventi formativi ECM individuati nell'ambito del comitato di dipartimento	numero eventi	9 eventi con tolleranza del 30%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monitoraggio al 31.12.2014			Grado di Raggiungimento	
Sono stati realizzati 8 eventi formativi: modelli umani, modelli murini, isolamento, analisi DNA, analisi RNA, analisi proteine, eventi rari e imaging (nota prot. 1254/CG del 22.01.2015)			in linea	

RISORSE			incentivazione/valutazione	
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	dirigenza	
obiettivo di struttura			direttore	dirigenti
Rispettare il budget assegnato per il materiale diagnostico	importo assegnato a livello di struttura operativa	€ 160.000 fondi istituzionali con tolleranza del -8%. Precondizione per la valutazione dell'obiettivo: rapporto % tra consumi su fondi finalizzati della struttura e consumi totali della struttura ≥ 45%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monitoraggio al 31.12.2014			Grado di Raggiungimento	
Precondizione non raggiunta: 29,64% rapporto tra consumi su fondi finalizzati e consumi totali € 133.039 totali consumi su fondi istituzionali. Con nota prot. 88/BIT/14, il responsabile della struttura ha giustificato il minor consumo di fondi finalizzati con la cronica carenza di personale dirigente strutturato, con l'assenza di 5 mesi per maternità di un dirigente titolare di fondi e con la non disponibilità di due finanziamenti ottenuti nell'ambito della rf 2013 del Ministero della Salute. E' da segnalare un adeguamento almeno parziale alla precondizione dell'obiettivo di budget nel secondo semestre 2014 (rapporto fondi istituzionali/finalizzati pari a 43,29%). Valutate le motivazioni sopra descritte, l'obiettivo viene ritenuto raggiunto.			100,00%	

RISORSE			incentivazione/valutazione	
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	dirigenza	
obiettivo dipartimentale			direttore	dirigenti
Applicazione della procedura dipartimentale di gestione strumentazione e di introduzione di percorsi per nuove attività secondo approccio HTA	acquisizione della strumentazione secondo l'approccio mini-HTA	evidenza del rispetto dell'indicatore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

A livello dipartimentale sono stati prodotti i report secondo l'approccio mini-HTA per la seguente strumentazione:

- Malditof
- Real Time Live Cell Imaging
- Acquisitore di immagini per l'applicazione di WB e analisi di DNA
- Pyrosequenziatore
- Nanotech
- MiSeq
- DD PCR

(nota prot. 1254/CG del 22.01.2015)

in linea

SINTESI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI INCENTIVATI

	% raggiungimento obiettivi incentivati	% valutazione
personale dirigenza	100,00%	100%

Approvato dall'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance con Verbale n. 8 del 19/6/15

In analogia alla valutazione degli obiettivi aziendali da parte della DCSISPS, l'obiettivo di equilibrio di bilancio rappresenta la precondizione per ogni ulteriore valutazione dei risultati attesi incentivati sotto riportati del direttore di struttura complessa. Nel caso di un'eventuale perdita di esercizio sarà valutato negativamente qualora eccedente lo 0,1% del totale dei costi della produzione.

QUALITÀ E APPROPRIATEZZA			incentivazione/valutazione	
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	dirigenza	
			direttore	dirigenti
obiettivo aziendale Revisione dei percorsi di patologia (PDTA) con particolare riferimento a colon retto, ovaio mammella, melanoma	- partecipazione attiva ai gruppi di lavoro formalizzati dalla direzione sanitaria - formalizzazione della revisione del percorso con l'indicazione degli indicatori entro aprile - avvio della fase pilota nel secondo semestre - monitoraggio degli indicatori dal mese successivo all'avvio	- evidenza del documento di revisione dei percorsi - rispetto degli indicatori	5%	5%

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

Nell'anno 2014 è stato avviato il programma aziendale per l'analisi e revisione dei PDTA. Sono stati formalmente costituiti i gruppi di lavoro relativi ai PDTA del melanoma, della mammella, del colon-retto, dell'ovaio e dei linfomi che hanno analizzato e in parte modificato i percorsi esistenti con ricadute sulle attività sanitarie e sull'organizzazione. Sono stati, inoltre, proposti da ciascun team degli indicatori tra i quali andranno selezionati, dopo attento esame, quelli maggiormente idonei al monitoraggio della attività critiche di ciascun PDTA. Con nota prot. 3454/DS del 24.02.2015 è stata data evidenza che il mancato rispetto del cronoprogramma previsto dagli indicatori di budget è dipeso da cause indipendenti dalle varie strutture operative. Per questo motivo e tenuto conto dell'attività svolta dalle varie strutture operative coinvolte, la direzione sanitaria ha ritenuto di riconoscere questo obiettivo come pienamente raggiunto.

100,00%

ATTIVITÀ			incentivazione/valutazione	
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	dirigenza	
			direttore	dirigenti
obiettivo di struttura Prestazioni specialistiche ambulatoriali per esterni e per interni	valore attività ambulatoriale complessiva Il risultato viene valutato come segue: valore ≥ 95% = 100% valore ≥ 90% e < 95% = 90% valore ≥ 75% e < 90% = 50% valore < 75% = 0%	€ 75.000	5%	5%

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

€ 60.623 (grado raggiungimento 80,83% che in base alla scala di valutazione diventa 50%)
Il target non è stato raggiunto perché in sede di definizione era stato sovrastimato in assenza di un reale riferimento storico (le nuove prestazioni non erano mai state erogate/valorizzate.) (nota prot. 21457/S del 31.12.2014)
Valutate le sopra descritte motivazioni, l'obiettivo viene considerato raggiunto.

100,00%

obiettivo dipartimentale Pubblicazioni scientifiche	punti di impact factor normalizzato. L'obiettivo è valutato secondo il criterio di proporzionalità con soglia minima dell'80%.	valore dipartimentale: 400 IF normalizzato	20%	20%
---	--	---	-----	-----

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

416 100,00%

obiettivo in comune OS1, OS2, FCS e BIT Pubblicazioni scientifiche	punti di impact factor normalizzato per OS1, OS2, FCS e BIT. L'obiettivo è valutato secondo il criterio di proporzionalità con soglia minima dell'80%.	valore delle strutture OS1, OS2, FCS e BIT: 250 IF normalizzato	55%	55%
--	--	--	-----	-----

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

294 100,00%

ATTIVITÀ			incentivazione/valutazione	
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	dirigenza	
obiettivo di struttura			direttore	dirigenti
Variabili attività scientifica (Allegato 1)	punti attività scientifica della struttura operativa. I punteggi realizzati vengono valutati come segue: un punteggio > = 4 punti = 100% un punteggio < 1 punti = 0 il restante = 80%	punteggio > 4	2%	2%

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

obiettivo raggiunto			100,00%	
obiettivo dipartimentale				
Partecipazione alla visita del Consiglio Scientifico Internazionale (CSI) del 14-15 marzo 2014	numero di partecipanti per dipartimento	almeno il 20% dei dirigenti del dipartimento in entrambe le giornate (con tolleranza del -5%)	3%	3%

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

16 dirigenti hanno partecipato alla prima giornata e 10 alla seconda			100,00%	
obiettivo di struttura				
Progetto nanotecnologie	Referente istituzionale per lo sviluppo di nanotecnologie	Evidenza di un network regionale di sviluppo di nanotecnologie a coordinamento CRO	x	x

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

Nel 2014 il network di Nanotecnologie coordinato dal CRO ha visto la partecipazione di 13 Istituzioni regionali. Tre di queste collaborazioni non sono attualmente più operative. L'organizzazione ha previsto incontri con cadenza almeno mensile e specifiche riunioni di "retreat" con cadenza almeno semestrale. I progetti del Network sono tutti stati finanziati con ingenti risorse vinte dal PI in bandi competitivi e vedono il coinvolgimento anche di numerose Istituzioni Extraregionali ed internazionali già precedentemente indicate. (nota prot. 1072/D del 21.01.2015).			in linea	
---	--	--	----------	--

POTENZIAMENTO DELLE ANALISI CLINICHE ATTRAVERSO CONDIVISIONE PERCORSI DIAGNOSTICI			incentivazione/valutazione	
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	dirigenza	
obiettivo di struttura			direttore	dirigenti
Inserimento a sistema dell'offerta diagnostica	numero tipologie di prestazioni di diagnostica farmacogenetica inserite in g3	n. 2 tipologie di prestazioni entro il 30.06	x	

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

Sono stati introdotti i test di farmacogenetica per i polimorfismi di UGT1A1, DPYD ed ABCB1 per i trattamenti con irinotecano, fluoropirimidina e taxolo (143 totali richieste).			in linea	
--	--	--	----------	--

POTENZIAMENTO DELLA RICERCA ATTRAVERSO LA CONDIVISIONE DI STRUMENTI/MODELLI			incentivazione/valutazione	
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	dirigenza	
obiettivo di struttura			direttore	dirigenti
Predisposizione procedura di accesso alla PT Pyrosequencing	evidenza della procedura	entro il 31.12	x	

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

la procedura è stata predisposta (n. 1 pirosequenziatore) (nota prot. 1254/CG del 22.01.2015)			in linea	
---	--	--	----------	--

RISORSE			incentivazione/valutazione	
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	dirigenza	
obiettivo di struttura			direttore	dirigenti
Rispettare il budget assegnato per il materiale diagnostico	importo assegnato a livello di struttura operativa	€ 150.000 fondi istituzionali con tolleranza del -8%. Precondizione per la valutazione dell'obiettivo: rapporto % tra consumi su fondi finalizzati della struttura e consumi totali della struttura ≥ 45%	10%	10%

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

- Precondizione raggiunta: 50,64% rapporto tra consumi su fondi finalizzati e consumi totali
 - € 153.010 totali consumi su fondi istituzionali (Budget incrementato per tolleranza 8% diventa € 162.000)

100,00%

obiettivo dipartimentale				
Applicazione della procedura dipartimentale di gestione strumentazione e di introduzione di percorsi per nuove attività secondo approccio HTA	acquisizione della strumentazione secondo l'approccio mini-HTA	evidenza del rispetto dell'indicatore	x	x

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

A livello dipartimentale sono stati prodotti i report secondo l'approccio mini-HTA per la seguente strumentazione:

- Malditof
 - Real Time Live Cell Imaging
 - Acquisitore di immagini per l'applicazione di WB e analisi di DNA
 - Pyrosequenziatore
 - Nanotech
 - MiSeq
 - DD PCR
- (nota prot. 1254/CG del 22.01.2015)

in linea

SINTESI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI INCENTIVATI

	% raggiungimento obiettivi incentivati	% valutazione
personale dirigenza	100,00%	100%

Approvato dall'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance con Verbale n. 8 del 19/6/15

In analogia alla valutazione degli obiettivi aziendali da parte della DCSISPS, l'obiettivo di equilibrio di bilancio rappresenta la preconditione per ogni ulteriore valutazione dei risultati attesi incentivati sotto riportati del direttore di struttura complessa. Nel caso di un'eventuale perdita di esercizio sarà valutato negativamente qualora eccedente lo 0,1% del totale dei costi della produzione.

QUALITÀ E APPROPRIATEZZA			incentivazione/valutazione	
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	dirigenza	
			direttore	dirigenti
obiettivo aziendale Revisione dei percorsi di patologia (PDTA) con particolare riferimento a colon retto, ovaio mammella, melanoma	- partecipazione attiva ai gruppi di lavoro formalizzati dalla direzione sanitaria - formalizzazione della revisione del percorso con l'indicazione degli indicatori entro aprile - avvio della fase pilota nel secondo semestre - monitoraggio degli indicatori dal mese successivo all'avvio	- evidenza del documento di revisione dei percorsi - rispetto degli indicatori	5%	5%

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

Nell'anno 2014 è stato avviato il programma aziendale per l'analisi e revisione dei PDTA. Sono stati formalmente costituiti i gruppi di lavoro relativi ai PDTA del melanoma, della mammella, del colon-retto, dell'ovaio e dei linfomi che hanno analizzato e in parte modificato i percorsi esistenti con ricadute sulle attività sanitarie e sull'organizzazione. Sono stati, inoltre, proposti da ciascun team degli indicatori tra i quali andranno selezionati, dopo attento esame, quelli maggiormente idonei al monitoraggio della attività critiche di ciascun PDTA. Con nota prot. 3454/DS del 24.02.2015 è stata data evidenza che il mancato rispetto del cronoprogramma previsto dagli indicatori di budget è dipeso da cause indipendenti dalle varie strutture operative. Per questo motivo e tenuto conto dell'attività svolta dalle varie strutture operative coinvolte, la direzione sanitaria ha ritenuto di riconoscere questo obiettivo come pienamente raggiunto.

100,00%

ATTIVITÀ			incentivazione/valutazione	
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	dirigenza	
			direttore	dirigenti
obiettivo di struttura Prestazioni specialistiche ambulatoriali per esterni e per interni	valore attività specialistica complessiva Il risultato viene valutato come segue: valore ≥ 95% = 100% valore ≥ 90% e < 95% = 90% valore ≥ 75% e < 90% = 50% valore < 75% = 0%	€ 200.000	5%	5%

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

€ 117.612 (grado raggiungimento 58,81% che in base alla scala di valutazione diventa 0%)
Il target non è stato raggiunto perché in sede di definizione era stato sovrastimato in assenza di un reale riferimento storico (le nuove prestazioni non erano mai state erogate/valorizzate.) (nota prot. 21457/S del 31.12.2014).
Valutate le sopra descritte motivazioni, l'obiettivo viene considerato raggiunto.

100,00%

obiettivo dipartimentale Pubblicazioni scientifiche	punti di impact factor normalizzato. L'obiettivo è valutato secondo il criterio di proporzionalità con soglia minima dell'80%.	valore dipartimentale: 400 IF normalizzato	20%	20%
---	--	---	-----	-----

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

416 100,00%

obiettivo in comune OS1, OS2, FCS e BIT Pubblicazioni scientifiche	punti di impact factor normalizzato per OS1, OS2, FCS e BIT. L'obiettivo è valutato secondo il criterio di proporzionalità con soglia minima dell'80%.	valore delle strutture OS1, OS2, FCS e BIT: 250 IF normalizzato	55%	55%
--	--	--	-----	-----

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

294 100,00%

ATTIVITÀ			incentivazione/valutazione	
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	dirigenza	
obiettivo di struttura			direttore	dirigenti
Variabili attività scientifica (Allegato 1)	punti attività scientifica della struttura operativa. I punteggi realizzati vengono valutati come segue: un punteggio > 4 punti = 100% un punteggio < 1 punti = 0 il restante = 80%	punteggio > 4	2%	2%

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

obiettivo raggiunto			100,00%	
obiettivo dipartimentale				
Partecipazione alla visita del Consiglio Scientifico Internazionale (CSI) del 14-15 marzo 2014	numero di partecipanti per dipartimento	almeno il 20% dei dirigenti del dipartimento in entrambe le giornate (con tolleranza del -5%)	3%	3%

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

16 dirigenti hanno partecipato alla prima giornata e 10 alla seconda			100,00%	
--	--	--	---------	--

POTENZIAMENTO DELLE ANALISI CLINICHE ATTRAVERSO CONDIVISIONE PERCORSI DIAGNOSTICI			incentivazione/valutazione	
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	dirigenza	
obiettivo di struttura			direttore	dirigenti
Inserimento a sistema dell'offerta diagnostica di genetica predittiva	introduzione in G3 di tests mutazione specifica per forme ereditarie mammella/ovaio	avvio entro il 31.12	x	x

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

Sono stati introdotti i test di mutazione specifica per forme ereditarie mammella/ovaio (mutazione specifica BRCA). Complessivamente sono stati emessi 8 referti.			in linea	
---	--	--	----------	--

POTENZIAMENTO DELLA RICERCA ATTRAVERSO LA CONDIVISIONE DI STRUMENTI/MODELLI			incentivazione/valutazione	
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	dirigenza	
obiettivo di struttura			direttore	dirigenti
Predisposizione della procedura di accesso alla PT Genomica	evidenza della procedura	entro il 31.12	x	x

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

la procedura è stata predisposta (HiSeq1000 + miSeq + AB 16 capillari) (nota prot. 1254/CG del 22.01.2015)			in linea	
--	--	--	----------	--

GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO			incentivazione/valutazione	
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	dirigenza	
obiettivo aziendale			direttore	dirigenti
Programma di accreditamento internazionale	partecipazione alle attività con le cadenze previste nel programma	è rispettato il cronoprogramma di Accreditation Canada	x	x

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

Il cronoprogramma è stato rispettato. Nel corso del 2014 è stato avviato il nuovo ciclo con la fase di formazione svolta direttamente da Accreditation Canada (1-3 ottobre) e sono stati costituiti formalmente i team (29.12).			in linea	
---	--	--	----------	--

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	incentivazione/valutazione	
			dirigenza	
			direttore	dirigenti
obiettivo di struttura				
Gestire le ferie del personale della dirigenza	<p>Il risultato atteso è calcolato in questo modo: -per il personale con residuo ferie al 1/1/14 >8 gg: ridurre il residuo di almeno il 10% -per il personale con residuo ferie al 1/1/14 ≤8 gg: mantenere un residuo ferie ≤ 8 giorni.</p> <p>La valutazione è effettuata a livello complessivo. 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.</p>	perseguire nel percorso di abbattimento del residuo ferie: obiettivo 202 gg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

206 gg			in linea	
obiettivo dipartimentale				
Realizzazione di eventi formativi ECM individuati nell'ambito del comitato di dipartimento	numero eventi	9 eventi con tolleranza del 30%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

Sono stati realizzati 8 eventi formativi: modelli umani, modelli murini, isolamento, analisi DNA, analisi RNA, analisi proteine, eventi rari e imaging (nota prot. 1254/CG del 22.01.2015)			in linea	
--	--	--	----------	--

RISORSE

incentivazione/valutazione

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	incentivazione/valutazione	
			dirigenza	
			direttore	dirigenti
obiettivo di struttura				
Rispettare il budget assegnato per il materiale diagnostico	importo assegnato a livello di struttura operativa	€ 200.000 fondi istituzionali con tolleranza del -8%. Precondizione per la valutazione dell'obiettivo: rapporto % tra consumi su fondi finalizzati della struttura e consumi totali della struttura ≥ 40%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

- Precondizione raggiunta: 46,24% rapporto tra consumi su fondi finalizzati e consumi totali - € 176.467 totali consumi su fondi istituzionali			100,00%	
---	--	--	---------	--

obiettivo dipartimentale				
Applicazione della procedura dipartimentale di gestione strumentazione e di introduzione di percorsi per nuove attività secondo approccio HTA	acquisizione della strumentazione secondo l'approccio mini-HTA	evidenza del rispetto dell'indicatore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

A livello dipartimentale sono stati prodotti i report secondo l'approccio mini-HTA per la seguente strumentazione: - Malditof - Real Time Live Cell Imaging - Acquisitore di immagini per l'applicazione di WB e analisi di DNA - Pyrosequenziatore - Nanotech - MiSeq - DD PCR (nota prot. 1254/CG del 22.01.2015)			in linea	
---	--	--	----------	--

SINTESI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI INCENTIVATI

	% raggiungimento obiettivi incentivati	% valutazione
personale dirigenza	100,00%	100%

Approvato dall'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance con Verbale n. 8 del 19/6/15

In analogia alla valutazione degli obiettivi aziendali da parte della DCSISPS, l'obiettivo di equilibrio di bilancio rappresenta la preconditione per ogni ulteriore valutazione dei risultati attesi incentivati sotto riportati del direttore di struttura complessa. Nel caso di un'eventuale perdita di esercizio sarà valutato negativamente qualora eccedente lo 0,1% del totale dei costi della produzione.

QUALITÀ E APPROPRIATEZZA			incentivazione/valutazione	
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	dirigenza	
			direttore	dirigenti

obiettivo aziendale				
Revisione dei percorsi di patologia (PDTA) con particolare riferimento a colon retto, ovaio mammella, melanoma	- partecipazione attiva ai gruppi di lavoro formalizzati dalla direzione sanitaria - formalizzazione della revisione del percorso con l'indicazione degli indicatori entro aprile - avvio della fase pilota nel secondo semestre - monitoraggio degli indicatori dal mese successivo all'avvio	- evidenza del documento di revisione dei percorsi - rispetto degli indicatori	5%	5%

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

Nell'anno 2014 è stato avviato il programma aziendale per l'analisi e revisione dei PDTA. Sono stati formalmente costituiti i gruppi di lavoro relativi ai PDTA del melanoma, della mammella, del colon-retto, dell'ovaio e dei linfomi che hanno analizzato e in parte modificato i percorsi esistenti con ricadute sulle attività sanitarie e sull'organizzazione. Sono stati, inoltre, proposti da ciascun team degli indicatori tra i quali andranno selezionati, dopo attento esame, quelli maggiormente idonei al monitoraggio della attività critiche di ciascun PDTA. Con nota prot. 3454/DS del 24.02.2015 è stata data evidenza che il mancato rispetto del cronoprogramma previsto dagli indicatori di budget è dipeso da cause indipendenti dalle varie strutture operative. Per questo motivo e tenuto conto dell'attività svolta dalle varie strutture operative coinvolte, la direzione sanitaria ha ritenuto di riconoscere questo obiettivo come pienamente raggiunto.

100,00%

ATTIVITÀ			incentivazione/valutazione	
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	dirigenza	
			direttore	dirigenti

obiettivo dipartimentale				
Pubblicazioni scientifiche	punti di impact factor normalizzato. L'obiettivo è valutato secondo il criterio di proporzionalità con soglia minima dell'80%.	valore dipartimentale: 400 IF normalizzato	20%	20%

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

416 100,00%

obiettivo in comune OS1, OS2, FCS e BIT				
Pubblicazioni scientifiche	punti di impact factor normalizzato per OS1, OS2, FCS e BIT. L'obiettivo è valutato secondo il criterio di proporzionalità con soglia minima dell'80%.	valore delle strutture OS1, OS2, FCS e BIT: 250 IF normalizzato	55%	55%

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

294 100,00%

obiettivo di struttura				
Variabili attività scientifica (Allegato 1)	punti attività scientifica della struttura operativa. I punteggi realizzati vengono valutati come segue: un punteggio >= 4 punti = 100% un punteggio < 1 punti = 0 il restante = 80%	punteggio > 4	2%	2%

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

obiettivo raggiunto 100,00%

ATTIVITÀ			incentivazione/valutazione	
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	dirigenza	
obiettivo dipartimentale			direttore	dirigenti
Partecipazione alla visita del Consiglio Scientifico Internazionale (CSI) del 14-15 marzo 2014	numero di partecipanti per dipartimento	almeno il 20% dei dirigenti del dipartimento in entrambe le giornate (con tolleranza del -5%)	3%	3%

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

16 dirigenti hanno partecipato alla prima giornata e 10 alla seconda

100,00%

POTENZIAMENTO DELLE ANALISI CLINICHE ATTRAVERSO CONDIVISIONE Percorsi Diagnostici			incentivazione/valutazione	
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	dirigenza	
obiettivo in comune SOECS e OS2			direttore	dirigenti
Predisposizione protocollo di monitoraggio CEC in tumori ovarici	evidenza di protocollo d'analisi	entro 30.06	x	x

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

il percorso è stato approvato da IRB in data 29.04.2014

in linea

POTENZIAMENTO DELLA RICERCA ATTRAVERSO LA CONDIVISIONE DI STRUMENTI/MODELLI			incentivazione/valutazione	
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	dirigenza	
obiettivo di struttura			direttore	dirigenti
Predisposizione delle procedure di accesso alla PT Imaging e allo Stabulario	evidenza delle procedure	entro il 31.12	x	x

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

Sono state predisposte le procedure di accesso alla PT stabularium e alla PT Imaging (confocale + Time lapse + in-vivo imaging) (nota prot. 1254/CG del 22.01.2015)

in linea

GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO			incentivazione/valutazione	
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	dirigenza	
obiettivo aziendale			direttore	dirigenti
Programma di accreditamento internazionale	partecipazione alle attività con le cadenze previste nel programma	è rispettato il cronoprogramma di Accreditation Canada	x	x

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

Il cronoprogramma è stato rispettato. Nel corso del 2014 è stato avviato il nuovo ciclo con la fase di formazione svolta direttamente da Accreditation Canada (1-3 ottobre) e sono stati costituiti formalmente i team (29.12).

in linea

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	incentivazione/valutazione	
			dirigenza	
			direttore	dirigenti
obiettivo di struttura				
Gestire le ferie del personale della dirigenza	<p>Il risultato atteso è calcolato in questo modo:</p> <p>-per il personale con residuo ferie al 1/1/14 >8 gg: ridurre il residuo di almeno il 10%</p> <p>-per il personale con residuo ferie al 1/1/14 ≤8 gg: mantenere un residuo ferie ≤ 8 giorni.</p> <p>La valutazione è effettuata a livello complessivo. 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.</p>	perseguire nel percorso di abbattimento del residuo ferie: obiettivo 223 gg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

217 gg
L'OIVP prende atto della complessità delle situazioni realizzatesi, tale da rendere estremamente impegnativa la valutazione precisa del grado di raggiungimento dell'obiettivo da parte delle diverse strutture. Di conseguenza si ritiene di non valutare l'obiettivo. (Verbale n. 7 in data 20/05/2015)

non valutabile

obiettivo dipartimentale			incentivazione/valutazione	
			dirigenza	
			direttore	dirigenti
Realizzazione di eventi formativi ECM individuati nell'ambito del comitato di dipartimento	numero eventi	9 eventi con tolleranza del 30%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

Sono stati realizzati 8 eventi formativi: modelli umani, modelli murini, isolamento, analisi DNA, analisi RNA, analisi proteine, eventi rari e imaging (nota prot. 1254/CG del 22.01.2015)

in linea

RISORSE			incentivazione/valutazione	
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	dirigenza	
			direttore	dirigenti
			obiettivo di struttura	
Rispettare il budget assegnato per il materiale diagnostico	importo assegnato a livello di struttura operativa	€ 250.000 fondi istituzionali con tolleranza del -8%. Precondizione per la valutazione dell'obiettivo: rapporto % tra consumi su fondi finalizzati della struttura e consumi totali della struttura ≥ 50%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

- Precondizione raggiunta: 50,8% rapporto tra consumi su fondi finalizzati e consumi totali
- € 281.711 totali consumi su fondi istituzionali (Budget incrementato per tolleranza 8% diventa € 270.000).
Tenuto conto della riduzione del vincolo operativo sui dispositivi medici disposta dalla regione con DGR 2100, l'obiettivo viene considerato raggiunto.

100,00%

obiettivo dipartimentale			incentivazione/valutazione	
			dirigenza	
			direttore	dirigenti
Applicazione della procedura dipartimentale di gestione strumentazione e di introduzione di percorsi per nuove attività secondo approccio HTA	acquisizione della strumentazione secondo l'approccio mini-HTA	evidenza del rispetto dell'indicatore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

A livello dipartimentale sono stati prodotti i report secondo l'approccio mini-HTA per la seguente strumentazione:

- Malditof
- Real Time Live Cell Imaging
- Acquisitore di immagini per l'applicazione di WB e analisi di DNA
- Pyrosequenziatore
- Nanotech
- MiSeq
- DD PCR

(nota prot. 1254/CG del 22.01.2015)

in linea

SINTESI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI INCENTIVATI

	% raggiungimento obiettivi incentivati	% valutazione
personale dirigenza	100,00%	100%

Approvato dall'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance con Verbale n. 8 del 19/6/15

QUALITÀ E APPROPRIATEZZA

incentivazione/valutazione

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	posizione organizzativa	coordinatori	restante personale
obiettivo aziendale					
Revisione dei percorsi di patologia (PDTA) con particolare riferimento a colon retto, ovaio mammella, melanoma	- partecipazione attiva ai gruppi di lavoro formalizzati dalla direzione sanitaria - formalizzazione della revisione del percorso con l'indicazione degli indicatori entro aprile - avvio della fase pilota nel secondo semestre - monitoraggio degli indicatori dal mese successivo all'avvio	- evidenza del documento di revisione dei percorsi - rispetto degli indicatori	5%	5%	

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

Nell'anno 2014 è stato avviato il programma aziendale per l'analisi e revisione dei PDTA. Sono stati formalmente costituiti i gruppi di lavoro relativi ai PDTA del melanoma, della mammella, del colon-retto, dell'ovaio e dei linfomi che hanno analizzato e in parte modificato i percorsi esistenti con ricadute sulle attività sanitarie e sull'organizzazione. Sono stati, inoltre, proposti da ciascun team degli indicatori tra i quali andranno selezionati, dopo attento esame, quelli maggiormente idonei al monitoraggio della attività critiche di ciascun PDTA. Con nota prot. 3454/DS del 24.02.2015 è stata data evidenza che il mancato rispetto del cronoprogramma previsto dagli indicatori di budget è dipeso da cause indipendenti dalle varie strutture operative. Per questo motivo e tenuto conto dell'attività svolta dalle varie strutture operative coinvolte, la direzione sanitaria ha ritenuto di riconoscere questo obiettivo come pienamente raggiunto.

100,00%

ATTIVITÀ

incentivazione/valutazione

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	posizione organizzativa	coordinatori	restante personale
obiettivo di struttura					
Supporto al raggiungimento dei volumi (valore) dell'attività specialistica complessiva delle strutture del dipartimento contenuti nelle singole schede di budget	valore complessivo	rispetto degli obiettivi definiti nella programmazione 2014 (media del raggiungimento degli obiettivi contenuti nelle schede di budget delle strutture del dipartimento)	30%	30%	35%

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

I target delle varie strutture del dipartimento non sono stati raggiunti perché in sede di definizione erano stati sovrastimati in assenza di un reale riferimento storico (le nuove prestazioni non erano mai state erogate/valorizzate.) (nota prot. 21457/S del 31.12.2014). Valutate le sopra descritte motivazioni, l'obiettivo viene considerato raggiunto.

100,00%

obiettivo dipartimentale

Pubblicazioni scientifiche	punti di impact factor normalizzato. L'obiettivo è valutato secondo il criterio di proporzionalità con soglia minima dell'80%.	valore dipartimentale: 400 IF normalizzato	15%	15%	20%
-----------------------------------	--	---	-----	-----	-----

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

416

100,00%

POTENZIAMENTO DELLA RICERCA ATTRAVERSO LA CONDIVISIONE DI STRUMENTI/MODELLI

incentivazione/valutazione

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014
obiettivo di struttura		
Predisposizione delle procedure di accesso e gestione delle piattaforme tecnologiche del Dipartimento nelle varie strutture operative	evidenza delle procedure	entro il 31.12. Valutazione come media del raggiungimento degli obiettivi delle varie strutture.

posizione organizzativa	coordinatori	restante personale
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

tutte le procedure sono state predisposte (il monitoraggio è riportato nelle schede di budget delle singole strutture operative del dipartimento) (nota prot. 1254/CG del 22.01.2015)	in linea
--	-----------------

ASSISTENZA FARMACEUTICA

incentivazione/valutazione

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014
obiettivo dipartimentale		
Gestire l'unità farmaci antiblastici	contribuire alla produzione personalizzata dei trattamenti chemioterapici	evasione del 100% della domanda di copertura turni

posizione organizzativa	coordinatori	restante personale
45%	45%	45%

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

evasione del 100% della domanda (attestazione del direttore di farmacia e della posizione organizzativa del dipartimento).	100,00%
--	----------------

GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

incentivazione/valutazione

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014
obiettivo aziendale		
Programma di accreditamento internazionale	partecipazione alle attività con le cadenze previste nel programma	è rispettato il cronoprogramma di Accreditation Canada

posizione organizzativa	coordinatori	restante personale
5%	5%	<input type="checkbox"/>

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

Il cronoprogramma è stato rispettato. Nel corso del 2014 è stato avviato il nuovo ciclo con la fase di formazione svolta direttamente da Accreditation Canada (1-3 ottobre) e sono stati costituiti formalmente i team (29.12).	100,00%
---	----------------

GESTIONE RISORSE UMANE E ORGANIZZAZIONE

incentivazione/valutazione

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014
obiettivo di struttura		
Gestire le ferie del personale del comparto	Il risultato atteso è calcolato in questo modo: -per il personale con residuo ferie al 1/1/14 >6 gg: ridurre il residuo di almeno il 10% -per il personale con residuo ferie al 1/1/14 ≤6 gg: mantenere un residuo ferie ≤ 6 giorni. La valutazione è effettuata a livello complessivo. 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.	perseguire nel percorso di abbattimento del residuo ferie: obiettivo 2.009 gg

posizione organizzativa	coordinatori	restante personale
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

2.266 gg	in linea
----------	-----------------

GESTIONE RISORSE UMANE E ORGANIZZAZIONE

incentivazione/valutazione

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014
obiettivo dipartimentale		
Realizzazione di eventi formativi ECM individuati nell'ambito del comitato di dipartimento	numero eventi	9 eventi con tolleranza del 30%

posizione organizzativa	coordinatori	restante personale
x	x	

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

Sono stati realizzati 8 eventi formativi: modelli umani, modelli murini, isolamento, analisi DNA, analisi RNA, analisi proteine, eventi rari e imaging (nota prot. 1254/CG del 22.01.2015)

in linea

RISORSE

incentivazione/valutazione

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014
obiettivo dipartimentale		
Applicazione della procedura dipartimentale di gestione della strumentazione	gestione attraverso il sistema WebCall delle manutenzioni	evidenza del rispetto dell'indicatore

posizione organizzativa	coordinatori	restante personale
x	x	

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

nel corso del 2014 è entrato a regime il sistema informatizzato WebCall per la gestione delle richieste manutentive delle attrezzature del dipartimento di ricerca traslazionale. (nota prot. 1252/CG del 22.01 del direttore della SOC Tecnologie e Investimenti)

in linea

SINTESI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI INCENTIVATI

	% raggiungimento obiettivi incentivati	% valutazione
personale del comparto	100,00%	100%

Come da Regolamento del Dipartimento il personale del comparto è assegnato funzionalmente alla Struttura Operativa dal Direttore di Dipartimento dopo confronto con la Posizione Organizzativa al fine di raggiungere gli obiettivi assegnati

Nella presente scheda sono riportati gli obiettivi contenuti nelle schede di budget delle strutture operative del dipartimento che prevedono il coinvolgimento del personale del comparto del dipartimento

Direzione Generale



MONITORAGGIO ANNUALE BUDGET 2014 - DIREZIONE GENERALE

Approvato dall'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance con Verbale n. 8 del 19/6/15

Centro Attività Formative

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	incentivazione/valutazione	
			dirigenza	comparto
Partecipazione agli accordi di AV sul coordinamento dell'attività formativa	evidenza di documenti condivisi	evidenza documentale dell'attuazione dell'accordo (relazione responsabile)	20%	20%
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

Nel corso del 2014 si è data attuazione all'accordo di area vasta sul coordinamento delle attività formative sottoscritto in data 31.03.2014 (trasmesso dall'ASS 6, in qualità di capofila, alla DCSISPSF con nota prot. n.17406/DG del 31.03.2014), in particolare con la predisposizione di piani formativi che definiscono le aree e le tematiche oggetto di progettazione condivisa coerente con le priorità strategiche di area vasta.

100,00%

La formazione durante l'anno è stata riprogrammata tra le tre aziende in base ai reali fabbisogni.

Formazione svolta nel I semestre:

- 1)tre edizioni dell'evento Formazione al ruolo di tutor clinici per infermieri appartenenti all'équipe denominata "Team Teaching"
- 2)due edizioni dell'evento La tutorship esperta nel modello "Team Teaching"
- 3)una edizione dei seguenti corsi: Legge 241 e diritto di accesso agli atti, Legge 190/2012 ("Anticorruzione"), Codice di comportamento dei dipendenti pubblici e dei dipendenti dell'Azienda sanitaria, disposizioni in tema di trasparenza della pubblica amministrazione
- 4)Formazione settore beni-servizi-tecnologie (APPALTI)
- 5)Realizzati 10 workshop di Medicina Narrativa

Formazione svolta nel II semestre:

- 1) una seconda edizione dei seguenti corsi: Legge 241 e diritto di accesso agli atti, Legge 190/2012 ("Anticorruzione"), Codice di comportamento dei dipendenti pubblici e dei dipendenti dell'Azienda sanitaria, disposizioni in tema di trasparenza della pubblica amministrazione
- 2) Realizzati altri 9 workshop di Medicina Narrativa
- 3) Realizzato un evento sul cambiamento dei sistemi di certificazione ISO (Passaggio dalla norma 2008 alla norma 2015).

"Formazione – azione" con il metodo della medicina narrativa	1. Preparazione del progetto della formazione 2014 2. Realizzazione di almeno 5 eventi formativi con utilizzo dell'approccio narrativo 3. Preparazione e avvio di un progetto di valutazione dell'efficacia percepita della formazione con approccio narrativo	evidenza della realizzazione degli indicatori	35%	<input type="checkbox"/>	35%
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

1. Il progetto è stato preparato (evidenza documentale)
2. sono stati ultimati 19 progetti
3. per tutti i 19 corsi è stato previsto un sistema di valutazione della qualità percepita, attraverso una intervista narrativa scritta consegnata a fine corso ai partecipanti e dagli stessi compilata; tutti i dati sono ora in elaborazione

100,00%

Regolamento aziendale per il conferimento degli incarichi di collaborazione esterna	1. elaborazione regolamento aziendale per il conferimento di incarichi di collaborazione esterna 2. messa a regime del regolamento	1. entro giugno 2. entro settembre	45%	<input type="checkbox"/>	45%
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

1. con nota prot. 9831/CAF del 25.06.2014 è stata trasmessa la proposta di regolamento elaborato dal CAF con la collaborazione della direzione amministrativa. Con delibera DG 173 del 11.08.2014 "approvazione regolamento per il conferimento degli incarichi di docenza"
2. Gli incarichi assegnati nel 2° semestre rispettano le disposizioni emesse.

100,00%

SINTESI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI INCENTIVATI

	% raggiungimento obiettivi incentivati	% valutazione
raggiungimento	100,00%	100%

Servizio prevenzione e protezione aziendale

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	incentivazione/valutazione		
			dirigenza	comparto	
Gestione Integrata degli Audit di prima parte per il governo del Rischio Lavorativo e clinico	1. Formulazione del Team di Audit (multi professionale) 2. Predisposizione delle Check list di Riferimento 3. Esecuzione di almeno un audit completo per Dipartimento	Rendere Operativo il sistema di controllo integrato in Istituto	<input type="checkbox"/>	PO 30%	altro personal 30%

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

Nel corso del 2014 sono stati svolti gli audit in tutte le strutture dell'istituto, verbalizzati e condivisi con le strutture auditate. E' stata prodotta una relazione finale per la Direzione Aziendale in data 28/01/2015 prot. n. 1599/S.

100,00%

Progetto Ospedale senza Fumo :“ Smokeless zone”	Stesura di un progetto contenente: - definizione delle delimitazioni di area “ no smoke” - individuazione del gruppo di controllo e delle procedure di controllo e dissuasione	evidenza del progetto entro il 31.12	<input type="checkbox"/>	30%	30%
---	--	--------------------------------------	--------------------------	-----	-----

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

documento predisposto e inviato con nota prot. 20080/S del 10.12.2014.

100,00%

Avviamento del Protocollo Scientifico Behavior Based Safety (B-BS)	1.numero di check list (per ogni osservatore 5 rilevazioni/settimana) compilate 2.numero di riunioni di miglioramento eseguite(1 riunione di sottogruppo per settimana).	Sperimentazione del protocollo Scientifico Behavior Based Safety (B-BS) in collaborazione con AARBA e INAIL	<input type="checkbox"/>	40%	40%
--	---	---	--------------------------	-----	-----

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

1. Nel mese di giugno sono stati abilitati dal gruppo direttivo e di progetto i primi 14 osservatori individuati all'attività di osservazione distribuiti per i diversi ruoli ed attività nelle aree del Dipartimento interessato. Questi osservatori hanno complessivamente condotto 1813 osservazioni pari a 5,39 osservazioni per settimana.
Con fine di ottobre 2014 sono stati formati ulteriori 26 osservatori sempre distribuiti tra le diverse aree e figure professionali coinvolte nel protocollo sperimentale BBS. Questi hanno condotto nei due mesi successivi 364 osservazioni pari a 2,33. Le osservazione medie di questi osservatori sono inferiore a 5 per settimana in quanto il periodo di osservazione è stato di solo due mesi in parte coincidente con festività.
2. E' stata modificata la frequenza delle riunioni passando da settimanale ad una ogni tre settimane (così come risulta dal documento "Behavior-Based Safety: la definizione delle regole del processo" dall'Associazione AARBA).
Dopo la formazione degli osservatori e del safety leader, si sono svolte le seguenti riunioni per la sicurezza suddivise per area : Sala Operatoria 4 riunioni, Reparto 3 riunioni, Anestesia 3, medici 2 . Si ritiene opportuno precisare che per il mese di dicembre era stata pianificata la Celebrazione come previsto dal protocollo dove si riuniva in plenaria la riunione per sicurezza come da cadenza prevista, ma per problemi organizzativi e di presenza del Direttore di Dipartimento è stato necessario posticiparla nel mese di gennaio.
Tenuto conto dell'attività svolta, l'obiettivo viene considerato raggiunto.

100,00%

SINTESI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI INCENTIVATI

	% raggiungimento obiettivi incentivati	% valutazione
raggiungimento	100,00%	100%

Approvato dall'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance con Verbale n. 8 del 19/6/15

Ufficio relazioni con il pubblico

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	incentivazione/valutazione					
			dirigenza	comparto				
				<table border="1"> <tr> <td>PO</td> <td>altro personal</td> </tr> <tr> <td></td> <td>50%</td> </tr> </table>	PO	altro personal		50%
PO	altro personal							
	50%							
Aggiornamento carta dei servizi	Produzione carta dei servizi	entro il 31.12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

Il dirigente delle professioni sanitarie ha trasmesso al direttore generale la carta dei servizi aggiornata (mail del 24.12).

100,00%

Utilizzo del sistema informativo INSIEL per la gestione dei reclami	numero di reclami inseriti nel sistema informativo INSIEL	100%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	50%
---	---	------	--------------------------	--------------------------	-----

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

tutti i reclami del 2014 (62) sono stati inseriti nel sistema informativo INSIEL

100,00%

SINTESI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI INCENTIVATI

	% raggiungimento obiettivi incentivati	% valutazione
raggiungimento	100,00%	100%

Tecnostruttura Amministrativa



MONITORAGGIO ANNUALE BUDGET 2014 - SOC AFFARI GENERALI E POLITICHE DEL PERSONALE

Approvato dall'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance con Verbale n. 8 del 19/6/15

In analogia alla valutazione degli obiettivi aziendali da parte della DCSISPS, l'obiettivo di equilibrio di bilancio rappresenta la preconditione per ogni ulteriore valutazione dei risultati attesi incentivati sottoriportati dei direttori di struttura complessa. L'equilibrio di bilancio, per il raggiungimento dell'obiettivo economico, sarà calcolato sulla gestione complessiva e sarà considerato negativo qualora eccedente lo 0,1% del totale dei costi della produzione.

Ufficio Affari generali e legali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	incentivazione/valutazione		
			dirigenza	comparto	
Miglioramento format di pubblicazione di almeno 2 sotto-sezioni di 2° livello di Amministrazione Trasparente	1. comunicazione al responsabile delle trasparenzadelle 2 sotto-sezioni di 2° livello individuate 2. revisione delle sotto-sezioni individuate (attestazione attività svolta da parte del Responsabile Trasparenza)	1. entro il mese di maggio 2. entro il 31.12	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Monitoraggio al 31.12.2014

1. con mail del 30.05 (prot. 8492/CG) sono state individuate le seguenti sotto-sezioni:
- personale: dirigenti
- consulenti e collaboratori (relativamente ai procedimenti gestiti dall'ufficio affari generali)
Il responsabile della trasparenza ha attestato tramite verifica sul sito istituzionale la revisione delle seguenti informazioni della sotto-sezione consulenti e collaboratori:
•l'aggiornamento della tabella dei consulenti e collaboratori di competenza dell'ufficio affari generali e legali con la pubblicazione dell'attestazione dell'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse (art. 53,c.14,D.Lgs. 165/2001). Complessivamente sono state pubblicate 19 attestazioni. (relazione del 04.02.2015)

Grado di Raggiungimento

100,00%

Avvio sistema centralizzato di recupero crediti nei confronti di debitori residenti all'estero tenuto conto delle esperienze maturate da altri Enti del SSR	elaborazione proposta condivisa dai tre Enti di Area Vasta	entro il 31.12.2014	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--	---------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Monitoraggio al 31.12.2014

in data 21.10 si è svolto un incontro con i referenti dell'attività centralizzata di recupero crediti dell'area pordenonese. Nell'ambito di questo incontro è stato concordato di avvalersi dell'attività di legali del paese di origine dei pazienti, attivando una procedura negoziata senza pubblicazione di bando rivolta ad avvocati eventualmente individuati anche da elenchi messi a disposizione delle ambasciate italiane del luogo. Il CRO avvierà la procedura nei confronti di pazienti cittadini croati "paganti n proprio", essendo significativa l'entità dei crediti vantati nei confronti di questo Paese.

Grado di Raggiungimento

100,00%

Modifica Regolamento incarichi extraistituzionali alla luce del contesto normativo introdotto dalle norme in materia di anticorruzione	Adozione regolamento	entro il 31.12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	----------------------	----------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Monitoraggio al 31.12.2014

il nuovo regolamento in materia di incompatibilità e di svolgimento di incarichi extraistituzionali è stato adottato con deliberazione n. 290 del 31.12.2014.

Grado di Raggiungimento

100,00%

Effettuazioni controlli regolarità amministrativa (verifica autocertificazioni) in attuazione del protocollo operativo definito a fine 2013

numero controlli per ogni procedura individuata nel documento "linee guida controlli interni" ≥ 12

25%

40%

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

le verifiche sulle autocertificazioni sono state effettuate dalla SOC ma per alcune tipologie il loro numero è inferiore a 12; ciò per due ordini di motivi:

- in alcuni casi gli atti da controllare erano obiettivamente meno di 12
- in altri casi talune situazioni presentavano in concreto caratteristiche tali per cui non era configurabile una autocertificazione in senso tecnico:

* L. 104/1992: 12 controlli eseguiti (prott. 20056, 20058, 20059, 20060, 20061, 20788, 20790, 20791, 20793, 20794, 20795, 20796)

* congedo speciale biennale: non ci sono state richieste di congedi

* autorizzazioni art. 53 D.Lgs. 165/2001: 12 controlli eseguiti (prott. 20797, 20798, 20799, 20800, 20801, 20802, 20803, 20804, 20805, 20806, 20807, 20808)

* aspettative con o senza assegni: 1 controllo eseguito (prot. 20821: non sono stati eseguiti altri controlli in quanto le aspettative sono state richieste per motivi personali e non c'è possibilità di effettuare delle verifiche)

* permessi di studio 150 ore: 12 controlli eseguiti (prott. 20809, 20810, 20811, 20812, 20813, 20814, 20815, 20816, 20817, 20818, 20819, 20820)

* procedure concorsuali e di selezione del personale (lavoro subordinato): 7 controlli eseguiti (prott. 20892, 20203, 22201, 20196, 20599, 20200, 20227). Non sono stati eseguiti altri controlli in quanto non sono state svolte altre procedure selettive per lavoro subordinato

* procedure di selezione di collaboratori/professionisti: 16 controlli eseguiti (prott. 18795, 19193, 19194, 19198, 21263, 21106, 20894, 20896, 20899, 20228, 20230, 20229, 21271, 21269, 21268, 21267)

100,00%

Responsabile aziendale della prevenzione della corruzione (L. 190/2012)

Relazione del Responsabile della prevenzione della corruzione recante i risultati delle attività svolte
Questo obiettivo è correlato ad una quota del fondo di produttività strategica della dirigenza SPTA.

entro il 15.12

x

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

L'Autorità Nazionale Anticorruzione ha posticipato la scadenza al 31.12. La Relazione è stata predisposta e pubblicata sul sito istituzionale nella sezione Amministrazione trasparente, sottosezione "Altri contenuti – Corruzione" entro il termine stabilito.

in linea

SINTESI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI INCENTIVATI

	% raggiungimento obiettivi incentivati	% valutazione
raggiungimento	100,00%	100%

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

le verifiche sulle autocertificazioni sono state effettuate dalla SOC ma per alcune tipologie il loro numero è inferiore a 12; ciò per due ordini di motivi:

- in alcuni casi gli atti da controllare erano obiettivamente meno di 12

- in altri casi talune situazioni presentavano in concreto caratteristiche tali per cui non era configurabile una autocertificazione in senso tecnico:

* L. 104/1992: 12 controlli eseguiti (prott. 20056, 20058, 20059, 20060, 20061, 20788, 20790, 20791, 20793, 20794, 20795, 20796)

* congedo speciale biennale: non ci sono state richieste di congedi

* autorizzazioni art. 53 D.Lgs. 165/2001: 12 controlli eseguiti (prott. 20797, 20798, 20799, 20800, 20801, 20802, 20803, 20804, 20805, 20806, 20807, 20808)

* aspettative con o senza assegni: 1 controllo eseguito (prot. 20821: non sono stati eseguiti altri controlli in quanto le aspettative sono state richieste per motivi personali e non c'è possibilità di effettuare delle verifiche)

* permessi di studio 150 ore: 12 controlli eseguiti (prott. 20809, 20810, 20811, 20812, 20813, 20814, 20815, 20816, 20817, 20818, 20819, 20820)

* procedure concorsuali e di selezione del personale (lavoro subordinato): 7 controlli eseguiti (prott. 20892, 20203, 22201, 20196, 20599, 20200, 20227). Non sono stati eseguiti altri controlli in quanto non sono state svolte altre procedure selettive per lavoro subordinato

* procedure di selezione di collaboratori/professionisti: 16 controlli eseguiti (prott. 18795, 19193, 19194, 19198, 21263, 21106, 20894, 20896, 20899, 20228, 20230, 20229, 21271, 21269, 21268, 21267)

100,00%

SINTESI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI INCENTIVATI

	% raggiungimento obiettivi incentivati	% valutazione
raggiungimento	100,00%	100%

Ufficio bilancio

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	incentivazione/valutazione	
			dirigenza	comparto
			PO	altro personal
Gestione incassi macchine riscuotitrici	1. Verifica distinte incassi giornalieri e predisposizione documenti contabili 2. Monitoraggio incassi effettivo POS e contante	Registrazione giornaliera degli incassi rilevabile dalla Contabilità Generale	25%	25%

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

1. la registrazione degli incassi viene effettuata giornalmente con la predisposizione dei documenti in contabilità generale a partire dal 3.4.2014 data di attivazione delle macchinette riscuotitrici;
2. giornalmente viene regolarizzato l'incasso dei pagamenti effettuati con POS mentre la parte in contante viene regolarizzata con cadenza mensile; tutti i contanti dei mesi attivi del 2014 sono stati regolarmente incassati.

100,00%

Adempimenti D.Lgs.118/2011	1. attività propedeutiche di assetto del gestionale sulla base delle indicazioni fornite dalla DRIS 2. riallineamento procedure	riallineamento procedure entro il 31.12	50%	50%
-----------------------------------	--	--	-----	-----

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

1. Partecipazione al gruppo di lavoro per la predisposizione del nuovo piano dei conti nelle seguenti date: 12.2 - 5.3 - 11.3 - 20.3 - 28.3 - 12.5 - 13.10 e 10.11.2014;
- partecipazione di 2 unità dell'Ufficio al corso di formazione tenutosi in data 2/12 presso AOSMA di Udine;
2. attività analisi sugli immobili con ausilio di Insiel nelle date 25.6 - 18.8 - 18 e 19.9.2014 ;
- diffusione capillare del nuovo piano dei conti e degli schemi di bilancio agli uffici amministrativi dopo aver ricevuto la nota prot.n.21531 del 12.12.2014 della Direzione Centrale Salute

100,00%

Fatturazione elettronica attiva	1. svolgimento attività propedeutiche 2. avvio della fatturazione	avvio della fatturazione attiva entro il 31.12	25%	25%
--	--	---	-----	-----

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

1.a) 24.3.2014 incontro formativo con i referenti dei sistemi informativi e dell'area contabile;
1.b) incontro di formazione sugli applicativi di contabilità e SDI in data 13.6.2014
2.a) emessa la prima fattura elettronica in data 8 agosto 2014;
2.b) al 31.12.2014 sono state emesse 20 fatture elettroniche regolarmente accettate e/o saldate dall'ente ricevente.
Al 31.12 non sono ancora disponibili i token di firma; momentaneamente si è avviato ricorrendo a dei programmi di firma esterni.

100,00%

Amministrazione Trasparente: revisione del percorso di raccolta dati per la pubblicazione del file XML relativo agli importi liquidati (dati AVPC)	- alimentazione di una tabella excel per l'aggiornamento dei CIG 2014 - integrazione di queste informazioni con i dati provenienti dalla contabilità e da ascot	gestire la pubblicazione sul sito istituzionale con un automatismo informatizzato	x	
---	--	--	---	--

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

- La tabella Excel viene regolarmente alimentata dai vari uffici, ai fini della semplificazione dell'attività di pubblicazione;
- nel mese di dicembre è stata elaborata una prima simulazione per la produzione della tabella AVCP.

in linea

SINTESI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI INCENTIVATI

	% raggiungimento obiettivi incentivati	% valutazione
raggiungimento	100,00%	100%

Ufficio controllo di gestione

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	incentivazione/valutazione	
			dirigenza	comparto
			PO	altro personal
Attività di controllo dei dati SIASA e CUP-WEB in collaborazione con l'ufficio cassa	invio reportistica adeguata ad evidenziare le differenze tra i dati SIASA e i dati CUP-WEB.	mensile entro il 31 del secondo mese successivo a quello oggetto di analisi (a partire dal mese di maggio)	40%	40%

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

Si sono trasmessi i risultati della verifica tra Siasa e Cup-web dettagliata per le PET, per la branca di radioterapia e complessiva con tutta l'attività ambulatoriale con le seguenti mail:

- del 14/3 relativa all'attività di Gennaio 2014;
- del 17/3 e 30/4 relativa all'attività di Febbraio;
- del 30/4 e 21/5 relativa all'attività di Marzo;
- del 20-21/5 e 25/6 relativa all'attività di Aprile;
- del 25/6 e 22/7 relativa all'attività di Maggio;
- del 16/7 e 21/8 relativa all'attività di Giugno;
- del 20-21/8 e 22/9 relativa all'attività di Luglio;
- del 16/9 e 22/10 relativa all'attività di Agosto;
- del 20/10 e 18/11 relativa all'attività di Settembre;
- del 18/11 e 22/12 relativa all'attività di Ottobre;
- del 19/12 relativa all'attività di Novembre;
- del 13-19-20/01/15 relativa all'attività di Dicembre.

100,00%

Attività di controllo dei dati inseriti in Cup-Web in collaborazione con l'ufficio cassa	invio reportistica all'ufficio cassa contenente le prestazioni con stato "in esecuzione" e "prenotato"	mensile entro il 31 del mese successivo a quello oggetto di analisi (per i laboratori entro il 31 del secondo mese successivo)	20%	20%
---	--	---	-----	-----

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

Si sono trasmessi i report relativi alle prestazioni registrate in Cup-Web con stato "in esecuzione" e "prenotato" con le seguenti mail:

- del 28/2 e 31/3 relativa all'attività di Gennaio 2014;
- del 31/3 e 16/4 relativa all'attività di Febbraio;
- del 16/4 e 30/5 relativa all'attività di Marzo;
- del 30/5 e 23/6 relativa all'attività di Aprile;
- del 23/6 e 16/7 relativa all'attività di Maggio;
- del 16/7 e 20/8 relativa all'attività di Giugno;
- del 20/8 e 19/9 relativa all'attività di Luglio;
- del 19/9 e 22/10 relativa all'attività di Agosto;
- del 20/10 e 19/11 relativa all'attività di Settembre;
- del 19/11 e 19/12 relativa all'attività di Ottobre;
- del 19/12 relativa all'attività di Novembre;
- del 21-22/01/15 relativa all'attività di Dicembre.

100,00%

Monitoraggio mensile degli obiettivi di attività e di consumo contenuti nelle schede di budget	invio reportistica alle varie strutture operative	mensile a partire dal mese successivo all'adozione della delibera di budget	40%	40%
---	---	--	-----	-----

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

La Reportistica Direzionale viene inoltrata via mail mensilmente a tutte le strutture. A partire dalla reportistica relativa ai dati di attività e risorse del mese di aprile, si è incluso anche il monitoraggio degli obiettivi di budget incentivati che possono essere valutati mensilmente sulla base delle informazioni a disposizione dell'ufficio Controllo di Gestione.

100,00%

Amministrazione Trasparente: revisione del percorso di raccolta dati per la pubblicazione del file XML relativo agli importi liquidati (dati AVPC)

- alimentazione di una tabella excel per l'aggiornamento dei CIG 2014
- integrazione di queste informazioni con i dati provenienti dalla contabilità e da ascot

gestire la pubblicazione sul sito istituzionale con un automatismo informatizzato

x		
---	--	--

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

- La tabella Excel viene regolarmente alimentata dai vari uffici, ai fini della semplificazione dell'attività di pubblicazione
- nel mese di dicembre è stata elaborata una prima simulazione per la produzione della tabella AVCP.
L'alimentazione dei dati distribuita tra i vari uffici e l'integrazione dei dati di contabilità ha semplificato la creazione del file XML, garantendo un miglioramento dei tempi di rielaborazione dei dati 2014 rispetto ai dati 2013 da parte del servizio informatico.

in linea

SINTESI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI INCENTIVATI

	% raggiungimento obiettivi incentivati	% valutazione
raggiungimento	100,00%	100%

Approvato dall'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance con Verbale n. 8 del 19/6/15

In analogia alla valutazione degli obiettivi aziendali da parte della DCSISPS, l'obiettivo di equilibrio di bilancio rappresenta la preconditione per ogni ulteriore valutazione dei risultati attesi incentivati sottoriportati dei direttori di struttura complessa. L'equilibrio di bilancio, per il raggiungimento dell'obiettivo economico, sarà calcolato sulla gestione complessiva e sarà considerato negativo qualora eccedente lo 0,1% del totale dei costi della produzione.

Portineria e centralino

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	incentivazione/valutazione		
			dirigenza	comparto	
				PO	altro personal
Continuità di servizio a seguito della sostituzione di due operatori nel corso del 2014	Continuità del servizio con mantenimento delle attività, incluse gestione reperibilità antincendio e sanitaria	evidenza della realizzazione dell'attività (relazione del responsabile)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 100%

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

La sostituzione di due operatori cessati ha avuto esito positivo. E' inoltre stato formato ed affiancato un altro operatore per garantire la continuità del servizio a seguito del pensionamento di un'ulteriore unità. Non vi è stata alcuna interruzione di servizio.

100,00%

SINTESI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI INCENTIVATI

	% raggiungimento obiettivi incentivati	% valutazione
raggiungimento	100,00%	100%

Approvato dall'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance con Verbale n. 8 del 19/6/15

In analogia alla valutazione degli obiettivi aziendali da parte della DCSISPS, l'obiettivo di equilibrio di bilancio rappresenta la preconditione per ogni ulteriore valutazione dei risultati attesi incentivati sottoriportati dei direttori di struttura complessa. L'equilibrio di bilancio, per il raggiungimento dell'obiettivo economico, sarà calcolato sulla gestione complessiva e sarà considerato negativo qualora eccedente lo 0,1% del totale dei costi della produzione.

Servizio cucina e mensa

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	incentivazione/valutazione					
			dirigenza	comparto				
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	<input type="checkbox"/>	<table border="1"> <tr> <td>PO</td> <td>altro personal</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>100%</td> </tr> </table>	PO	altro personal	<input type="checkbox"/>	100%
			PO	altro personal				
<input type="checkbox"/>	100%							

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

I monitoraggi eseguiti hanno evidenziato un'aderenza al 75%.

93,75%

SINTESI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI INCENTIVATI

	% raggiungimento obiettivi incentivati	% valutazione
raggiungimento	93,75%	100%

Approvato dall'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance con Verbale n. 8 del 19/6/15

In analogia alla valutazione degli obiettivi aziendali da parte della DCSISPS, l'obiettivo di equilibrio di bilancio rappresenta la preconditione per ogni ulteriore valutazione dei risultati attesi incentivati sottoriportati dei direttori di struttura complessa. L'equilibrio di bilancio, per il raggiungimento dell'obiettivo economico, sarà calcolato sulla gestione complessiva e sarà considerato negativo qualora eccedente lo 0,1% del totale dei costi della produzione.

Servizio tecnico

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	incentivazione/valutazione			
			dirigenza	comparto		
				<table border="1"> <tr> <td>PO</td> <td>altro personal</td> </tr> </table>	PO	altro personal
PO	altro personal					
Messa a regime nuovi impianti di conduzione calore	Completa dismissione dei vecchi bruciatori	Tutti i nuovi bruciatori entrano in funzione a regime	<input type="checkbox"/>	<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>50%</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	50%
<input type="checkbox"/>	50%					
<p>Monitoraggio al 31.12.2014</p>			<p>Grado di Raggiungimento</p>			
<p>I quattro bruciatori sono installati e funzionanti, realizzando la completa dismissione dei vecchi bruciatori.</p>			<p>100,00%</p>			

Trasferimento a regime dell'Oncologia Chirurgica al IV piano del BD	Adeguamento impianti	L'adeguamento degli impianti ha consentito la piena attività del reparto al IV piano del BD	<input type="checkbox"/>	<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>50%</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	50%
<input type="checkbox"/>	50%					
<p>Monitoraggio al 31.12.2014</p>			<p>Grado di Raggiungimento</p>			
<p>Il trasferimento ha avuto inizio il 26/05/2014 e si è concluso sabato 31/05/2014. Tutti gli impianti sono stati preventivamente predisposti, nei mesi precedenti al trasferimento, per garantire l'operatività. Non sono da segnalarsi disservizi in seguito all'intervento.</p>			<p>100,00%</p>			

SINTESI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI INCENTIVATI

	% raggiungimento obiettivi incentivati	% valutazione
raggiungimento	100,00%	100%

Approvato dall'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance con Verbale n. 8 del 19/6/15

In analogia alla valutazione degli obiettivi aziendali da parte della DCSISPS, l'obiettivo di equilibrio di bilancio rappresenta la precondizione per ogni ulteriore valutazione dei risultati attesi incentivati sottoriportati dei direttori di struttura complessa. L'equilibrio di bilancio, per il raggiungimento dell'obiettivo economico, sarà calcolato sulla gestione complessiva e sarà considerato negativo qualora eccedente lo 0,1% del totale dei costi della produzione.

Ufficio economato e provveditorato

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	incentivazione/valutazione		
			dirigenza	comparto	
				PO	altro personal
Diffusione piattaforma Consip	Incremento delle procedure di acquisizione gestite tramite piattaforma MEPA	Estensione dell'utilizzo, a seguito di percorso formativo, dell'utilizzo del MEPA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	50%

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

Sono state concluse su MEPA 137 procedure di acquisto nel corso dell'anno 2014, contro le 114 del 2013

100,00%

Avvio nuova modalità di gestione contratti del DSC e continuità approvvigionamento da magazzino centralizzato

Incremento atti di recepimento relativi a convenzioni DSC

Le gare DSC stipulate nella forma di convenzione vengono contrattualmente gestite nella forma di contratti derivati stipulati direttamente dal CRO, con estensione delle categorie di beni approvvigionate dal magazzino centralizzato ad ulteriori categorie

30%

50%

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

Le gare di beni e servizi aggiudicate dall'Egas (ex DSC) nella forma della convenzione vengono gestite come contratti derivati, mediante la richiesta di CIG derivato da parte del CRO. La possibilità di estendere la gestione a magazzino centralizzato ai farmaci oncologici infusionali viene prevista a seguito rilascio di procedura informatica da parte di Insiel verrà rilasciata a fine anno.

100,00%

Amministrazione Trasparente: revisione del percorso di raccolta dati per la pubblicazione del file XML relativo agli importi liquidati (dati AVPC)

- alimentazione di una tabella excel per l'aggiornamento dei CIG 2014
- integrazione di queste informazioni con i dati provenienti dalla contabilità e da ascot

gestire la pubblicazione sul sito istituzionale con un automatismo informatizzato

x

x

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

- La tabella Excel viene regolarmente alimentata dai vari uffici, ai fini della semplificazione dell'attività di pubblicazione
- nel mese di dicembre è stata elaborata una prima simulazione per la produzione della tabella AVCP.
L'alimentazione dei dati distribuita tra i vari uffici e l'integrazione dei dati di contabilità ha semplificato la creazione del file XML, garantendo un miglioramento dei tempi di rielaborazione dei dati 2014 rispetto ai dati 2013 da parte del servizio informatico.

in linea

SINTESI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI INCENTIVATI

	% raggiungimento obiettivi incentivati	% valutazione
raggiungimento	100,00%	100%

Approvato dall'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance con Verbale n. 8 del 19/6/15

In analogia alla valutazione degli obiettivi aziendali da parte della DCSISPS, l'obiettivo di equilibrio di bilancio rappresenta la precondizione per ogni ulteriore valutazione dei risultati attesi incentivati sottoriportati dei direttori di struttura complessa. L'equilibrio di bilancio, per il raggiungimento dell'obiettivo economico, sarà calcolato sulla gestione complessiva e sarà considerato negativo qualora eccedente lo 0,1% del totale dei costi della produzione.

Ufficio informatico

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	incentivazione/valutazione		
			dirigenza	comparto	
				PO	altro personal
Attività tecnica di interfacciamento della nuova RMN 3T con il PACS	Parametrizzazione e test del workflow G3/diagnostica/PACS. Collegamento e definizione VLAN del nuovo blocco RMN.	Configurazione WS RMN 3 T in rete interfacciamento con G3/PACS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	50%

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

L'attività di configurazione dei protocolli DICOM e HL7 si è conclusa ed i test del workflow sono stati avviati.

100,00%

Estensione rete WIFI	Analisi di copertura, acquisizione e configurazione HW	Disponibilità WIFI presso un'area ricreativa di degenza e definizione progettualità WIFI presso il Campus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	50%
----------------------	--	---	--------------------------	--------------------------	-----

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

Il progetto esecutivo WIFI del Campus è stato approvato e l'impresa ha dato corso all'avvio della posa dei cavi aggiuntivi e ha preso in carico la fornitura delle attrezzature. Nell'area soggiorno pazienti del II piano del blocco degenze la connettività WIFI è fruibile dai pazienti.

100,00%

Amministrazione Trasparente: revisione del percorso di raccolta dati per la pubblicazione del file XML relativo agli importi liquidati (dati AVPC)	- alimentazione di una tabella excel per l'aggiornamento dei CIG 2014 - integrazione di queste informazioni con i dati provenienti dalla contabilità e da ascot	gestire la pubblicazione sul sito istituzionale con un automatismo informatizzato	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
--	--	---	-------------------------------------	--------------------------	-------------------------------------

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

- La tabella Excel viene regolarmente alimentata dai vari uffici, ai fini della semplificazione dell'attività di pubblicazione
- nel mese di dicembre è stata elaborata una prima simulazione per la produzione della tabella AVCP.
L'alimentazione dei dati distribuita tra i vari uffici e l'integrazione dei dati di contabilità ha semplificato la creazione del file XML, garantendo un miglioramento dei tempi di rielaborazione dei dati 2014 rispetto ai dati 2013 da parte del servizio informatico.

in linea

SINTESI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI INCENTIVATI

	% raggiungimento obiettivi incentivati	% valutazione
raggiungimento	100,00%	100%

Approvato dall'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance con Verbale n. 8 del 19/6/15

In analogia alla valutazione degli obiettivi aziendali da parte della DCSISPS, l'obiettivo di equilibrio di bilancio rappresenta la preconditione per ogni ulteriore valutazione dei risultati attesi incentivati sottoriportati dei direttori di struttura complessa. L'equilibrio di bilancio, per il raggiungimento dell'obiettivo economico, sarà calcolato sulla gestione complessiva e sarà considerato negativo qualora eccedente lo 0,1% del totale dei costi della produzione.

Ufficio tecnico

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	incentivazione/valutazione		
			dirigenza	comparto	
				PO	altro personal
Amministrazione Trasparente: revisione del percorso di raccolta dati per la pubblicazione del file XML relativo agli importi liquidati (dati AVPC)	- alimentazione di una tabella excel per l'aggiornamento dei CIG 2014 - integrazione di queste informazioni con i dati provenienti dalla contabilità e da ascot	gestire la pubblicazione sul sito istituzionale con un automatismo informatizzato	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Monitoraggio al 31.12.2014

- La tabella Excel viene regolarmente alimentata dai vari uffici, ai fini della semplificazione dell'attività di pubblicazione - nel mese di dicembre è stata elaborata una prima simulazione per la produzione della tabella AVCP.
L'alimentazione dei dati distribuita tra i vari uffici e l'integrazione dei dati di contabilità ha semplificato la creazione del file XML, garantendo un miglioramento dei tempi di rielaborazione dei dati 2014 rispetto ai dati 2013 da parte del servizio informatico.

Grado di Raggiungimento

in linea

Avvio gara per laboratorio di Radiochimica	Il capitolato di gara è trasmesso al DSC	entro il 30/06/2014.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--	----------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Monitoraggio al 31.12.2014

In data 11/06/2014 è stata trasmessa al Nucleo di Valutazione Regionale, via PEC, la richiesta di parere relativa al progetto, con allegato lo studio di fattibilità, anche con lo scopo di raccogliere eventuali informazioni relative a modifica/integrazione del Capitolato la cui stesura era completata alla data di richiesta del parere. A seguito di comunicazione per le vie brevi si è preso atto che il Nucleo di Valutazione avrebbe espresso il parere in autunno, per cui si è concordato di trasmettere comunque al DSC il capitolato (24/07/2014). Il parere positivo del Nucleo di Valutazione è stato emesso in data 21.11.2014. Si resta in attesa della pubblicazione del capitolato da parte dell'Egas (ex DSC), prevista entro il mese di Aprile 2015 a seguito della riprogrammazione delle attività di gara.
Valutate le motivazioni sopra descritte, l'obiettivo viene ritenuto raggiunto.

Grado di Raggiungimento

100,00%

Esecuzione ampliamento radiologia	Realizzazione nuovo edificio in adiacenza all'esistente	Realizzazione opere ed impianti fino ad uno stato di avanzamento tale da consentire la posa in opera della nuova RMN 3 T	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----------------------------------	---	--	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Monitoraggio al 31.12.2014

La posa in opera del magnete è avvenuta entro il termine previsto del 31/12/2014, con a seguito la copertura del tetto soprastante

Grado di Raggiungimento

100,00%

Messa a regime del sistema di gestione integrato immagini da sala operatoria	Collaudo del sistema	Il sistema è di uso quotidiano del personale di sala nel corso degli interventi di oncologia ginecologica	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	----------------------	---	-------------------------------------	--------------------------	--------------------------

Monitoraggio al 31.12.2014

Il sistema è stato installato. E' stato collaudato in seguito al suo utilizzo nell'ambito di un Convegno nazionale di chirurgia tenutosi al CRO nel periodo 24-27 Marzo 2014, e risulta in uso presso la sala operatoria di laparoscopia: sono in corso interventi per migliorare l'utilizzo quotidiano del sistema.

Grado di Raggiungimento

100,00%

SINTESI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI INCENTIVATI

	% raggiungimento obiettivi incentivati	% valutazione
raggiungimento	100,00%	100%

Tecnostruttura Sanitaria



MONITORAGGIO ANNUALE BUDGET 2014 - DIREZIONE SANITARIA

Approvato dall'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance con Verbale n. 8 del 19/6/15

Gruppo Logistica, Igiene ospedaliera, Documentazione sanitaria, attività Dietistica

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	incentivazione/valutazione	
			dirigenza	comparto
				<input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> altro personal
Avvio del nuovo programma di raccolta ed elaborazione dei dati relativi alle lesioni da decubito	1. diffusione della scheda Norton in tutte le strutture operative 2. formazione del personale al nuovo programma 3. almeno un'indagine di prevalenza	evidenza della realizzazione degli indicatori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 10%
Monitoraggio al 31.12.2014			Grado di Raggiungimento	
1. dal 1 luglio la scheda norton è stata diffusa e utilizzata da tutti i reparti di degenza. 2. sono state effettuate il 3 e 4 aprile e il 18 e 19 settembre due edizioni di un corso di formazione sulle lesioni da pressione. 3. come da programma regionale il 22 ottobre è stata effettuata l'indagine di prevalenza. I dati sono stati inviati alla Direzione Centrale della Salute.			100,00%	
Raccolta ed elaborazione dei dati relativi alle infezioni ospedaliere	Monitorare le infezioni del sito chirurgico secondo le indicazioni regionali	Effettuazione della rilevazione secondo le modalità e la tempistica stabilita dalla Regione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 10%
Monitoraggio al 31.12.2014			Grado di Raggiungimento	
La rilevazione è stata effettuata per l'intero anno 2014. I dati raccolti sono già stati elaborati a conclusione del primo semestre mentre i dati del secondo semestre verranno elaborati entro la fine di marzo, nel rispetto dei tempi tecnici.			100,00%	
Attivazione nell'ambito del progetto Patient Education di servizio di consulenza nutrizionale per pazienti e famigliari	stesura di un progetto per il servizio di consulenza nutrizionale	entro il 31.12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 10%
Monitoraggio al 31.12.2014			Grado di Raggiungimento	
Il progetto di consulenza nutrizionale è stato redatto, condiviso con il gruppo della PE e vistato dal Direttore Sanitario. Attualmente nella pratica quotidiana, stiamo valutando se gli obiettivi pre-fissati sono perseguibili. Ad oggi la media settimanale di pazienti/famigliari che chiedono consulenza nutrizionale è di circa due persone a settimana.			100,00%	
Monitoraggio della qualità di sanificazione delle stoviglie come da manuale HACCP revisionato nel 2012	1. Predisposizione della check-list 2. monitoraggio trimestrale delle check list compilate dai reparti	1. entro aprile 2. a partire da maggio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 10%
Monitoraggio al 31.12.2014			Grado di Raggiungimento	
1. la check list è stata predisposta con lo scopo di monitorare la qualità igienica del Servizio di lavaggio stoviglie 2. i monitoraggi sono stati effettuati prendendo una settimana casuale del trimestre: - 1° monitoraggio 14/04/2014 al 18/05/2014 (periodo di prova della check-list) - 2° monitoraggio 09/06/2014 al 29/06/2014 - 3° monitoraggio 08/09/2014 al 21/09/2014 - 4° monitoraggio 13/01/2015 al 26/01/2015 Il quarto monitoraggio è stato posticipato al mese di gennaio 2015 perché a ridosso delle vacanze natalizie l'attività di reparto è a regime ridotto. Inoltre nel periodo pre-natalizio si sono verificati dei guasti alla macchina lavastoviglie che hanno costretto l'Istituto a usare stoviglie in plastica monouso per la distribuzione del cibo, rendendo inutile quindi, l'applicazione della check-list. L'analisi dei dati raccolti evidenzia che il "monitoraggio" messo in atto a complemento del manuale HACCP, ha comportato una maggiore attenzione e sensibilità al rispetto delle norme igieniche, sia da parte del personale della ditta aggiudicataria del servizio lavaggio che, da parte del personale che effettua la distribuzione del vitto in reparto. Valutate le motivazioni sopra descritte, l'obiettivo viene considerato raggiunto			100,00%	

Definizione capitolato gara per esternalizzazione del servizio di ristorazione	Produzione capitolato	entro il 31.12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox" value="10%"/>
--	-----------------------	----------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------------------

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

il capitolato per la gestione appaltata del servizio di ristorazione al CRO è stato elaborato

100,00%

Garantire i turni per i trasporti dei materiali biologici e dei pazienti con una corretta programmazione delle ferie alternata	i turni sono garantiti	evidenza della realizzazione dell'indicatore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox" value="10%"/>
--	------------------------	--	--------------------------	--------------------------	--------------------------------------

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

i turni sono stati garantiti e il residuo ferie 2014 dei tre operatori del servizi è pari a zero

100,00%

Copie Cartelle Cliniche	Consegna delle copie cartelle entro i termini previsti	evidenza del rispetto dei termini di consegna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox" value="15%"/>
-------------------------	--	---	--------------------------	--------------------------	--------------------------------------

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

Le copie delle Cartelle Cliniche completate sono state consegnate entro i 10 giorni.

100,00%

Gestione dell'Archivio Sanitario	Invio cartelle CRO anno 2004 presso la ditta Italarchivi	evidenza dell'invio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox" value="15%"/>
----------------------------------	--	---------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------------------

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

sono state inviate all'azienda Italarchivi tutte le cartelle 2004, per un totale di 2302 cartelle.

100,00%

Studio di fattibilità per la raccolta differenziata dei rifiuti	elaborazione dello studio	entro il 31.12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox" value="10%"/>
---	---------------------------	----------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------------------

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

la procedura è stata approvata il 10 dicembre e divulgata agli interessati.

100,00%

SINTESI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI INCENTIVATI

	% raggiungimento obiettivi incentivati	% valutazione
raggiungimento	100,00%	100%

Segreteria Direzione Sanitaria - Cimolai

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	incentivazione/valutazione					
			dirigenza	comparto				
Miglioramento appropriatezza ricoveri e completezza/qualità della scheda di dimissione ospedaliera (SDO)	predisposizione reportistica a livello di struttura operativa adeguata: 1. al monitoraggio dell'appropriatezza ricoveri e completezza/qualità della scheda di dimissione ospedaliera (SDO) da parte delle varie strutture. 2. al monitoraggio del rispetto della tempistica per la chiusura delle SDO	1.a report relativo alle cartelle chiuse nel mese di gennaio e febbraio 1.b report bimestrale su un campione di una settimana al mese. 2. report mensile	<input type="checkbox"/>	<table border="1"> <tr> <td>PO</td> <td>altro personal</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>70%</td> </tr> </table>	PO	altro personal	<input type="checkbox"/>	70%
			PO	altro personal				
<input type="checkbox"/>	70%							

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

1. A gennaio 2014 si è provveduto ad un controllo sui DRG con le regole "vecchie" del PRUO e la normativa vigente sui LEA. Dal controllo sono emerse alcune criticità che sono state controllate cercando di contenere il numero dei ricoveri con DRG mal definiti e quelli con DRG medico dimessi dai reparti chirurgici. Con lettera prot. N. 6145/S del 17.4.2014 si è provveduto a ridurre i DH diagnostici in tutti i reparti. Nel corso dell'anno, la direzione ha deciso di monitorare l'obiettivo dell'appropriatezza secondo il piano annuale dei controlli delle prestazioni sanitarie che però è stato approvato solo a fine 2014 con Decreto n. 1343/DICE. Il report finale di monitoraggio relativo a tutto il 2014, è stato inviato all'ufficio controllo di gestione in data 06.02. Le azioni effettuate hanno permesso di ottenere dei risultati di miglioramento in termini di riduzione delle percentuali entro i valori soglia definiti dalla Regione FVG.
 2. I report periodici sono stati trasmessi entro le scadenze previste
 Valutata l'attività svolta, l'obiettivo viene considerato raggiunto.

100,00%

Partecipazione attiva al programma esiti predisposizione di un report finalizzato a valutare gli esiti entro il 31.12

30%

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

A Gennaio 2014 la direzione sanitaria, in collaborazione con l'ufficio controllo di gestione e la SOC di epidemiologia, ha prodotto una serie di report per il programma esiti ministeriale. In particolare il contributo della direzione sanitaria si è concretizzato nell'elaborare i dati dei ricoveri anno 2004-2013 ricavando le informazioni dall'archivio sanitario e dalla base dati dei dimessi. Per quanto riguarda i dati dell'attività ambulatoriale, è stata riscontrata la mancanza di alcune informazioni fondamentali. Di conseguenza, il responsabile aziendale ha deciso di coinvolgere nel progetto anche i clinici che hanno fornito le informazioni mancanti in termini di procedure eseguite.
 Valuta l'attività svolta, l'obiettivo viene considerato raggiunto.

100,00%

SINTESI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI INCENTIVATI

	% raggiungimento obiettivi incentivati	% valutazione
raggiungimento	100,00%	100%

Approvato dall'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance con Verbale n. 8 del 19/6/15

Segreteria Direzione Sanitaria - Panont, Ros

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	incentivazione/valutazione					
			dirigenza	comparto				
Organizzare le attività di segreteria valutando e gestendo le priorità	predisposizione di un documento che evidenzi le modalità per la gestione delle priorità nello svolgimento delle attività segretariali	evidenza del documento entro il 31.12	<input type="checkbox"/>	<table border="1"> <tr> <td>PO</td> <td>altro personal</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>100%</td> </tr> </table>	PO	altro personal	<input type="checkbox"/>	100%
			PO	altro personal				
<input type="checkbox"/>	100%							

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

il documento è stato predisposto (vedi mail del dirigente delle professioni sanitarie del 22.10.2014)

100,00%

SINTESI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI INCENTIVATI

	% raggiungimento obiettivi incentivati	% valutazione
raggiungimento	100,00%	100%

Approvato dall'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance con Verbale n. 8 del 19/6/15

Ufficio Cassa e Spedalità

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	incentivazione/valutazione	
			dirigenza	comparto
			PO	altro personal
Attività di controllo dei dati SIASA e CUP-WEB in collaborazione con l'ufficio controllo di gestione	controllo dei report inviati dall'ufficio controllo di gestione relativi alle differenze tra i dati SIASA e i dati CUP-WEB.	mensile a partire dal mese di maggio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			20%	20%

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

effettuata la verifica tra Siasa e Cup-web dettagliata per le PET, per la branca di radioterapia e complessiva con tutta l'attività ambulatoriale sulla documentazione ricevuta con le seguenti mail:

- del 14/3 relativa all'attività di Gennaio 2014;
- del 17/3 e 30/4 relativa all'attività di Febbraio;
- del 30/4 e 21/5 relativa all'attività di Marzo;
- del 20-21/5 e 25/6 relativa all'attività di Aprile;
- del 25/6 e 22/7 relativa all'attività di Maggio;
- del 16/7 e 21/8 relativa all'attività di Giugno;
- del 20-21/8 e 22/9 relativa all'attività di Luglio;
- del 16/9 e 22/10 relativa all'attività di Agosto;
- del 20/10 e 18/11 relativa all'attività di Settembre;
- del 18/11 e 22/12 relativa all'attività di Ottobre;
- del 19/12 relativa all'attività di Novembre;
- del 13-19-20/01/15 relativa all'attività di Dicembre.

100,00%

Attività di controllo dei dati inseriti in Cup-Web in collaborazione con l'ufficio controllo di gestione	controllo dei report inviati dall'ufficio controllo di gestione contenenti le prestazioni con stato "in esecuzione" e "prenotato"	mensile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			20%	20%

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

sono stati controllati i report relativi alle prestazioni registrate in Cup-Web con stato "in esecuzione" e "prenotato" ricevuti con le sottoelencate mail:

- del 28/2 e 31/3 relativa all'attività di Gennaio 2014;
- del 31/3 e 16/4 relativa all'attività di Febbraio;
- del 16/4 e 30/5 relativa all'attività di Marzo;
- del 30/5 e 23/6 relativa all'attività di Aprile;
- del 23/6 e 16/7 relativa all'attività di Maggio;
- del 16/7 e 20/8 relativa all'attività di Giugno;
- del 20/8 e 19/9 relativa all'attività di Luglio;
- del 19/9 e 22/10 relativa all'attività di Agosto;
- del 20/10 e 19/11 relativa all'attività di Settembre;
- del 19/11 e 19/12 relativa all'attività di Ottobre;
- del 19/12 relativa all'attività di Novembre;
- del 21-22/01/15 relativa all'attività di Dicembre.

100,00%

Revisione dell'aggiornamento tariffario delle prestazioni sanitarie	collaborazione con la Regione per rendere omogenei i tariffari delle prestazioni sanitarie	evidenza della collaborazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			20%	20%

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

nessuna attività, in attesa disposizione

non valutabile

Appropriatezza delle prestazioni sanitarie

verifica della corretta indicazione sulla ricetta delle esenzioni per patologia in relazione alle prestazioni per prestazioni prescritte e la corretta erogazione delle prestazioni, secondo quanto previsto dal D.M. 329 del 28.05.1999

evidenza della realizzazione dell'indicatore (relazione del responsabile)

20%

20%

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

Nel corso del 2014 non sono state date indicazioni da parte della regione. Il controllo è stato svolto autonomamente dell'Ufficio in base alla normativa vigente.
Tenuto conto dell'attività svolta, l'obiettivo viene considerato raggiunto.

100,00%

Controllo e trasmissione agli uffici competenti della documentazione relativa ai ricoveri paganti in proprio, stranieri.

trasmissione della documentazione entro i termini

rispetto dei tempi (relazione del responsabile)

20%

20%

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

i tempi sono stati rispettati

100,00%

SINTESI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI INCENTIVATI

	% raggiungimento obiettivi incentivati	% valutazione
raggiungimento	100,00%	80%

Unità per la gestione del rischio clinico e l'accreditamento

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	incentivazione/valutazione					
			dirigenza	comparto				
Revisione dei percorsi di patologia (PDTA) con particolare riferimento a colon retto, ovaio mammella, melanoma	supporto ai gruppi di lavoro per l'individuazione di indicatori di esito e/o di processo	gli indicatori di esito e/o processi sono individuati	20%	<table border="1"> <tr> <td>PO</td> <td>altro personal</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	PO	altro personal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			PO	altro personal				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
				20%				

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

Il 31.12.2014, i gruppi di lavoro dei PDTA hanno inviato alla direzione sanitaria delle bozze di percorsi dei PDTA mammella, melanoma, colon-retto e ovaio. L'UGRCA ai fini del confronto, nel 2014 ha preso visione dei seguenti set di indicatori:

a) Indicatori proposti nell'ambito del programma Bench-Can, supportato dall'Organizzazione degli Istituti Oncologici Europei (OEI).

B) indicatori proposti nell'ambito di un programma di audit clinico sul cancro del retto in associazione con l'IRCCS San Martino – IST Istituto Nazionale sulla Ricerca sul Cancro di Genova.

C) indicatori proposti nell'ambito del PDTA delle neoplasie del colon retto dell'area vasta pordenonese già oggetto di approvazione nel 2013 e revisione nel giugno 2014

d) indicatori del melanoma in Toscana (Istituto Toscano Tumori - 2012)

A gennaio 2015 l'UGRCA ha avviato il confronto tra i set di indicatori visionati e quelli eventualmente individuati nei PDTA aziendali.

Tenuto conto dell'attività svolta, l'obiettivo viene considerato raggiunto.

100,00%

Linea progettuale 1.3.3.2. - Governo clinico e sicurezza delle cure: coordinare e monitorare le attività

predisposizione relazione sullo stato di attuazione della linea

semestrale

20%

20%

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

il monitoraggio al 30.06 è stato effettuato in sede di rendiconto semestrale (delibera n.169/2014). Il 2° monitoraggio viene generalmente svolto in sede di redazione del programma annuale per l'anno successivo. Per il 2015 la direzione regionale ha posticipato la redazione del PA a febbraio 2015.

100,00%

Gestione Integrata degli Audit di prima parte per il governo del Rischio Lavorativo e clinico

1. Formulazione del Team di Audit (multi professionale)
2. Predisposizione delle Check list di Riferimento
3. Esecuzione di almeno un audit completo per Dipartimento

Rendere Operativo il sistema di controllo integrato in Istituto

20%

20%

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

Nel corso del 2014 sono stati svolti gli audit in tutte le strutture dell'istituto, verbalizzati e condivisi con le strutture auditate. E' stata prodotta una relazione finale per la Direzione Aziendale in data 28/01/2015 prot. n. 1599/S

100,00%

Progetto Ospedale senza Fumo :“ Smokeless zone”

Stesura di un progetto contenente:
- definizione delle delimitazioni di area “ no smoke”
- individuazione del gruppo di controllo e delle procedure di controllo e dissuasione

evidenza del progetto entro il 31.12

20%

20%

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

documento predisposto e inviato con nota prot. 20080/S del 10.12.2014.

100,00%

Miglioramento della comunicazione interna

stesura di una proposta per il miglioramento della comunicazione interna

evidenza della proposta entro il 31.12

20%

20%

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

il documento è stato trasmesso dal responsabile dell'Unità Gestione rischio clinico ed Accredimento con nota prot. 19968/S del 09.12.2014

100,00%

Gestire le ferie del personale del comparto dell'unità

Il risultato atteso è calcolato in questo modo:
-per il personale con residuo ferie al 1/1/14 >6 gg:
ridurre il residuo di almeno il 10%
-per il personale con residuo ferie al 1/1/14 ≤6 gg:
mantenere un residuo ferie ≤ 6 giorni.
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.

proseguire nel percorso di abbattimento del residuo ferie: obiettivo 33 gg

x		
---	--	--

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

32 gg

L'OIVP prende atto della complessità delle situazioni realizzatesi, tale da rendere estremamente impegnativa la valutazione precisa del grado di raggiungimento dell'obiettivo da parte delle diverse strutture. Di conseguenza si ritiene di non valutare l'obiettivo. (Verbale n. 7 in data 20/05/2015)

non valutabile

Gestire le ferie del personale della dirigenza dell'unità

Il risultato atteso è calcolato in questo modo:
-per il personale con residuo ferie al 1/1/14 >8 gg:
ridurre il residuo di almeno il 10%
-per il personale con residuo ferie al 1/1/14 ≤8 gg:
mantenere un residuo ferie ≤ 8 giorni.
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.

proseguire nel percorso di abbattimento del residuo ferie: obiettivo 24 gg

x		
---	--	--

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

26 gg

in linea

SINTESI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI INCENTIVATI

	% raggiungimento obiettivi incentivati	% valutazione
raggiungimento	100,00%	100%

Tecnostruttura Sanitaria



MONITORAGGIO ANNUALE BUDGET 2014 - SOC FARMACIA

Approvato dall'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance con Verbale n. 8 del 19/6/15

In analogia alla valutazione degli obiettivi aziendali da parte della DCSISPS, l'obiettivo di equilibrio di bilancio rappresenta la preconditione per ogni ulteriore valutazione dei risultati attesi incentivati sottoriportati dei direttori di struttura complessa. L'equilibrio di bilancio, per il raggiungimento dell'obiettivo economico, sarà calcolato sulla gestione complessiva e sarà considerato negativo qualora eccedente lo 0,1% del totale dei costi della produzione.

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	incentivazione/valutazione	
			dirigenza	comparto
Garantire le registrazioni nel RFOM per i farmaci soggetti a monitoraggio AIFA	invio reportistica 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.	trimestrale	30%	<input type="checkbox"/>
Monitoraggio al 31.12.2014			Grado di Raggiungimento	
monitoraggi effettuati: - I monitoraggi del primo e del secondo trimestre 2014 non sono stati garantiti nei tempi previsti per motivi collegati alla funzionalità del registro RFOM (nota prot. 53/2014 F del 10.09.2014) - primo monitoraggio riferito al 29.08 per le oncologie e al 03.09 per rt (prot. 50, 51,52,52bis) - secondo monitoraggio riferito al periodo gennaio-novembre in data 24.12 per OMC, 27.12 per RT, 31.12 per OMA e OMB (prot. 76,77,79,80) - terzo monitoraggio riferito all'intero 2014 in data 05-06.02 e 13-14.02. Valutate le motivazioni sopra descritte, l'obiettivo viene considerato raggiunto			personale dirigenza	100,00%
			personale comparto	
Programma di accreditamento internazionale	partecipazione alle attività con le cadenze previste nel programma	è rispettato il cronoprogramma di Accreditation Canada	x	<input type="checkbox"/>
Monitoraggio al 31.12.2014			Grado di Raggiungimento	
Il cronoprogramma è stato rispettato. Nel corso del 2014 è stato avviato il nuovo ciclo con la fase di formazione svolta direttamente da Accreditation Canada (1-3 ottobre) e sono stati costituiti formalmente i team (29.12).			personale dirigenza	in linea
			personale comparto	
Pubblicazioni scientifiche	punti di impact factor normalizzato. L'obiettivo è valutato secondo il criterio di proporzionalità con soglia minima dell'80%.	valore: 3 IF normalizzato	x	<input type="checkbox"/>
Monitoraggio al 31.12.2014			Grado di Raggiungimento	
8			personale dirigenza	in linea
			personale comparto	
Contributo alla produzione di opuscoli informativo "CRO INFORMA" sui farmaci oncologici	attività di produzione e/o valutazione dei libretti per i pazienti (serie CROinforma)	citazione del personale dirigenziale della struttura quale coautore di almeno 2 nuovi opuscoli	5%	<input type="checkbox"/>
Monitoraggio al 31.12.2014			Grado di Raggiungimento	
sono stati realizzati 2 volumetti pubblicati nel 2014 della collana CRO Informa, serie "Informazioni sui Farmaci": - SORAFENIB (Nexavar)® - SUNITINIB (Sutent)®			personale dirigenza	100,00%
			personale comparto	

Gestire le ferie del personale del comparto

Il risultato atteso è calcolato in questo modo:
-per il personale con residuo ferie al 1/1/14 >6 gg:
ridurre il residuo di almeno il 10%
-per il personale con residuo ferie al 1/1/14 ≤6 gg:
mantenere un residuo ferie ≤ 6 giorni.
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.

proseguire nel percorso di abbattimento del residuo ferie: obiettivo 87 gg

x
(direttore)

Monitoraggio al 31.12.2014

85 gg

L'OIVP prende atto della complessità delle situazioni realizzatesi, tale da rendere estremamente impegnativa la valutazione precisa del grado di raggiungimento dell'obiettivo da parte delle diverse strutture. Di conseguenza si ritiene di non valutare l'obiettivo. (Verbale n. 7 in data 20/05/2015)

Grado di Raggiungimento

personale dirigenza

non valutabile

personale comparto

Gestire le ferie del personale della dirigenza

Il risultato atteso è calcolato in questo modo:
-per il personale con residuo ferie al 1/1/14 >8 gg:
ridurre il residuo di almeno il 10%
-per il personale con residuo ferie al 1/1/14 ≤8 gg:
mantenere un residuo ferie ≤ 8 giorni.
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.

proseguire nel percorso di abbattimento del residuo ferie: obiettivo 134 gg

x

Monitoraggio al 31.12.2014

135 gg

Grado di Raggiungimento

personale dirigenza

in linea

personale comparto

Adozione di politiche del farmaco con particolare riferimento ai farmaci ad alto costo in accordo al Choosing Wisely dell'ASCO

- report di monitoraggio dell'applicazione delle linee guida interne sull'impiego dei farmaci ad alto costo a livello di struttura operativa
- riunioni di analisi dei risultati del monitoraggio con i prescrittori

- primo report riferito ai mesi di aprile-maggio entro il 20 giugno
- i report successivi con cadenza bimestrale entro il 20 del mese successivo alla fine del bimestre
- riunioni con cadenza bimestrale

30%

Monitoraggio al 31.12.2014

L'aggiornamento dei registri RFOM è preliminare alla possibilità di analisi del rispetto dell'appropriatezza rispetto alle linee guida (la funzionalità del registro RFOM è stata garantita solo a partire da giugno - nota prot. 53/2014 F del 10.09.2014). Per questo motivo il primo monitoraggio è relativo al terzo trimestre come da relazione del 22.10.2014 a firma dott. Spina e Lazzarini.

Nel corso del 2014 si sono tenute diverse riunioni per l'analisi dei risultati del monitoraggio:

- mese di aprile: 1 riunione per gruppo prostata e osteosarcomi giovanili
- mese di agosto: 4 riunioni per gruppi di patologia: HIV, gruppo linfomi e patologie trattate dalle alte dosi, dall'OMB.
- mese di settembre: 1 riunione per la patologia mammaria
- mese di ottobre: monitoraggio del budget delle strutture di oncologie
- ulteriori riunioni con le direzione e l'ufficio controllo di gestione per il monitoraggio dei dati di consumi di prodotti farmaceutici.

Con nota prot. 12/2015 il direttore della SOC di farmacia ha trasmesso una relazione dalla quale si evince che le linee guida dei linfomi, del colon-retto, della mammella, del mieloma e dell'HIV sono state applicate nella totalità dei casi (> 95%) con la conseguente riduzione dei consumi.

Valutate le motivazioni sopra descritte, l'obiettivo viene considerato raggiunto.

Grado di Raggiungimento

personale dirigenza

100,00%

personale comparto

Distribuzione diretta farmaci di classe A e PHT ai pazienti regionali	predisposizione reportistica mensile ai fini della fatturazione	entro la fine del mese successivo a quello di riferimento	10%	50%
--	---	--	-----	-----

Monitoraggio al 31.12.2014

Nel corso del 2014 è stato sempre garantito l'aggiornamento nei sistemi contabili (universo distribuzione diretta) dei farmaci distribuiti direttamente tramite PSM e ASCOT. Non è stato possibile garantire la predisposizione di report mensili per la fatturazione in quanto i criteri applicativi sono stati esplicitati, in mancanza di indicazioni regionali, tramite accordo con i responsabili dei servizi farmaceutici delle singole aziende territoriali. Il report finale è stato predisposto nel mese di aprile 2015, dopo evidenza dei criteri di distribuzione degli oneri professionali e della comparazione di questi rispetto alla distribuzione per conto attuata su tutta la Regione.

Grado di Raggiungimento

personale dirigenza	100,00%
personale comparto	100,00%

Condivisione in ambito di area vasta di protocolli per l'utilizzo e la gestione di terapie farmacologiche ad alto costo	condivisione di protocolli	evidenza dei protocolli	x (direttore)	<input type="checkbox"/>
--	----------------------------	--------------------------------	---------------	--------------------------

Monitoraggio al 31.12.2014

Con mail del 21.10, il responsabile della farmacia ha chiesto al direttore della farmacia di AOSMA di convocare una riunione della Commissione PTAV per discutere l'argomento. Si precisa che l'ostacolo principale è la mancata nomina di componenti decaduti/dimessi nel 2013 da parte dell'ASS6 e AOSMA. Nelle more della nomina dei componenti della commissione, le richieste di nuovi farmaci sono valutate singolarmente dal punto di vista della coerenza con le indicazioni terapeutiche, del confronto con il costo della terapia in uso precedentemente e autorizzate da parte della direzione sanitaria.

Grado di Raggiungimento

personale dirigenza	non valutabile
personale comparto	

Monitorare i consumi di presidi chirurgici di sala operatoria	avvio della sperimentazione modulo del registro di sala operatoria di rilevazione dei consumi di presidi chirurgici per intervento	entro il 30.06	10%	50%
--	--	-----------------------	-----	-----

Monitoraggio al 31.12.2014

La sperimentazione è stata avviata nel mese di maggio

Grado di Raggiungimento

personale dirigenza	100,00%
personale comparto	100,00%

Procedura HTA: coordinamento di gruppi di lavoro per la stesura di schede	numero dispositivi secondo HTA	≥ 3	x	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------------	------------	---	--------------------------

Monitoraggio al 31.12.2014

sono state predisposte 3 schede HTA:
 - adozione di un dispositivo per trasferimento mezzi di contrasto
 - utilizzo di idrosfere per procedure di chemoembolizzazione
 - dispositivo per elettroinstillazione di mitomicina endovesicale

Grado di Raggiungimento

personale dirigenza	in linea
personale comparto	

Attività di farmacovigilanza	- inserimento appropriato nella rete nazionale AIFA degli eventi avversi comunicati dal personale sanitario - attività di mailing list sulla farmacovigilanza	relazione con l'evidenza della realizzazione degli indicatori	5%	<input type="checkbox"/>
-------------------------------------	--	--	----	--------------------------

Monitoraggio al 31.12.2014

- sono state trasmesse il 100% delle segnalazioni (n. 64)
 - è stato creato il servizio di mailing di Farmacovigilanza gestito dal referente aziendale attraverso l'indirizzo mail "farmacovigilanza@cro.it". L'applicazione produce informazioni destinate al personale sanitario e altri portatori di interesse e diffusione di note informative importanti / alerts in materia di sicurezza sull'uso dei farmaci, provenienti da AIFA, EMA e/o altri Enti regolatori. Le ultime mail di Alert inviate con mailing dal Servizio di Farmacovigilanza CRO riguardavano "Note informative importanti AIFA 2 su: Leuprolelina acetato e su miscelazione di Olimel sacca.

Grado di Raggiungimento

personale dirigenza	100,00%
personale comparto	

Organizzazione di eventi formativi sulla farmacovigilanza per il personale medico e infermieristico del CRO	numero di eventi	≥ 2	5%	<input type="checkbox"/>
--	------------------	------------	----	--------------------------

Monitoraggio al 31.12.2014

sono stati organizzati due eventi formativi destinati al personale CRO:
 1-"Farmacovigilanza in Oncologia" al CRO, il 26/5,
 2-"Farmacovigilanza e segnalazione delle reazioni avverse da farmaci" in 3 giornate, 6,13/06 e 18/07 2014.
 Entrambi gli eventi sono accreditati con attribuzione di punteggio ECM.

Grado di Raggiungimento

personale dirigenza	100,00%
personale comparto	

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

sono state effettuate le seguenti analisi:

156 nanocoll

22 octreoscan

70 HDP

Tot 248 analisi effettuate da radiofarmacisti su 256 kit con una copertura del 96,9%.

personale dirigenza

100,00%

personale comparto

SINTESI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI INCENTIVATI

	% raggiungimento obiettivi incentivati	% valutazione
personale dirigenza	100,00%	100%
personale comparto	100,00%	100%

La struttura ha garantito la propria collaborazione all'attività di produzione di farmaci antitumorali per l'area vasta pordenonese.

Tecnostruttura Sanitaria



MONITORAGGIO ANNUALE BUDGET 2014 - SOS DIREZIONE DELLE PROFESSIONI SANITARIE

Approvato dall'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance con Verbale n. 8 del 19/6/15

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	incentivazione/valutazione
			dirigenza
Monitoraggio della nuova disciplina sulla continuità dei servizi (pronta disponibilità e richiami in servizio)	predisposizione report di monitoraggio	trimestrale a partire da luglio	30%
Monitoraggio al 31.12.2014			Grado di Raggiungimento
<p>il monitoraggio è stato fatto mensilmente nei mesi di giugno, luglio, agosto e settembre e i dati sono stati inviati alle Direzioni Amministrativa e Sanitaria.</p> <p>La fase sperimentale si è conclusa in data 12 novembre. Il 12 novembre 2014 si è conclusa la fase sperimentale ed è stata effettuata da parte della direzione e delle OO.SS. la valutazione finale positiva dell'applicazione del regolamento dei richiami in servizio e della pronta disponibilità volto a garantire la continuità dei servizi.</p>			100,00%
Aggiornamento carta dei servizi	Produzione carta dei servizi	entro il 31.12	40%
Monitoraggio al 31.12.2014			Grado di Raggiungimento
Il dirigente delle professioni sanitarie ha trasmesso al direttore generale la carta dei servizi aggiornata (mail del 24.12).			100,00%
Progetti aziendali DH e day surgery presenti nel piano aziendale per i dipartimenti Medico e Chirurgico	relazione che evidenzia la valutazione dei piani di fattibilità proposti dai dipartimenti e le modalità per il superamento delle criticità in termini di risorse presenti nei piani	entro il 31.10	30%
Monitoraggio al 31.12.2014			Grado di Raggiungimento
entro il 31 ottobre è stata effettuata la valutazione positiva dei piani di fattibilità dei progetti aziendali DH e day surgery.			100,00%
Gestire le ferie del personale del comparto della tecnostruttura sanitaria con esclusione del personale assegnato all'unità gestione rischio clinico e accreditamento	<p>Il risultato atteso è calcolato in questo modo:</p> <p>-per il personale con residuo ferie al 1/1/14 >6 gg: ridurre il residuo di almeno il 10%</p> <p>-per il personale con residuo ferie al 1/1/14 ≤6 gg: mantenere un residuo ferie ≤ 6 giorni.</p> <p>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.</p>	proseguire nel percorso di abbattimento del residuo ferie: obiettivo 893 gg	x
Monitoraggio al 31.12.2014			Grado di Raggiungimento
990 gg			in linea
Gestire le ferie del personale della dirigenza della struttura Direzione delle professioni sanitarie	<p>Il risultato atteso è calcolato in questo modo:</p> <p>-per il personale con residuo ferie al 1/1/14 >8 gg: ridurre il residuo di almeno il 10%</p> <p>-per il personale con residuo ferie al 1/1/14 ≤8 gg: mantenere un residuo ferie ≤ 8 giorni.</p> <p>La valutazione è effettuata a livello complessivo.</p> <p>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.</p>	proseguire nel percorso di abbattimento del residuo ferie: obiettivo 24 gg	x
Monitoraggio al 31.12.2014			Grado di Raggiungimento
28 gg			in linea

SINTESI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI INCENTIVATI

	% raggiungimento obiettivi incentivati	% valutazione
raggiungimento	100,00%	100%

Tecnostruttura Sanitaria



MONITORAGGIO BUDGET 2014 - SOS PSICOLOGIA

Approvato dall'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance con Verbale n. 8 del 19/6/15

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	incentivazione/valutazione dirigenza
-----------	----------------------	-------------	---

obiettivo di struttura

Revisione dei percorsi di patologia (PDTA) con particolare riferimento a colon retto, ovaio mammella, melanoma

inserimento e partecipazione di uno psicologo al gruppo di lavoro per la revisione dei PDTA

evidenza di interventi psicologici nei PDTA

10%

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

Con la Direzione Sanitaria si è stabilito che, per il 2014, la Psicologia avrebbe partecipato ai PDTA di Mammella e Colon. PDTA mammella: partecipazione alle riunioni dei gruppi attivati, verificabile dai verbali. Evidenze degli interventi psicologici saranno presenti per la Breast Unit, che ha affrontato concretamente il percorso di costituzione dei PDTA. PDTA colon: nella definizione del PDTA il coinvolgimento della psicologia è avvenuto solo a fine anno. Il servizio ha comunque dato il suo contributo anche se non perfettamente definito. Valutate le motivazioni sopra descritte, l'obiettivo viene considerato raggiunto

100,00%

obiettivo di struttura

Individuazione dei percorsi per la presa in carico globale del paziente, comprendendo anche i familiari, con particolare riferimento alla patologia della mammella e del colon retto

colloqui con familiari dei casi seguiti con patologia mammaria e del colon retto

in almeno il 30%

15%

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

L'obiettivo ha presentato difficoltà di monitoraggio a causa della mancanza di indicatori oggettivi. Per quanto riguarda la patologia della mammella, affidata alla dott.ssa Annunziata, l'obiettivo è stato raggiunto e il conteggio è stato possibile grazie alla puntuale annotazione dei colloqui effettuati con i familiari e alla successiva verifica sul G2 (32,345%). Per quanto riguarda la patologia del colon retto, l'obiettivo non è stato raggiunto in quanto, a causa del lungo periodo di assenza per malattia della dott.ssa Zotti, il coinvolgimento dei familiari è iniziato in ritardo. Valutate le motivazioni sopra descritte, l'obiettivo viene considerato raggiunto.

100,00%

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	incentivazione/valutazione dirigenza
-----------	----------------------	-------------	---

obiettivo di struttura

Garantire un incremento di prestazioni di specialistica complessive (interni ed esterni) di almeno il 5% rispetto al 2013

numero di prestazioni per esterni e per interni

**1450 numero di prestazioni per esterni
1473 numero di prestazioni per interni**

40%

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

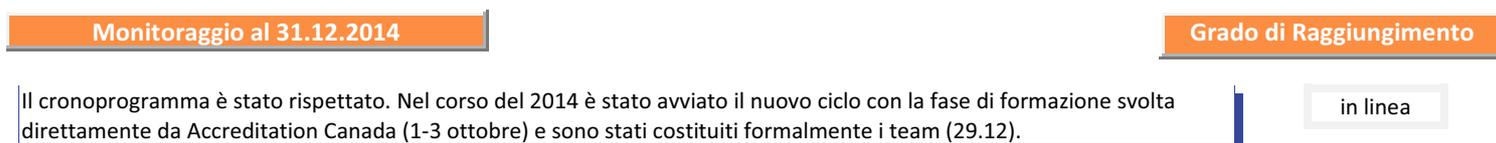
1.692 prestazioni per esterni
1.227 prestazioni per interni
Tenuto conto della lunga assenza (5 mesi) di un dirigente psicologo dal servizio e dell'incremento delle prestazioni per esterni, si ritiene di valutare insieme i due target e considerare l'obiettivo raggiunto.

100,00%

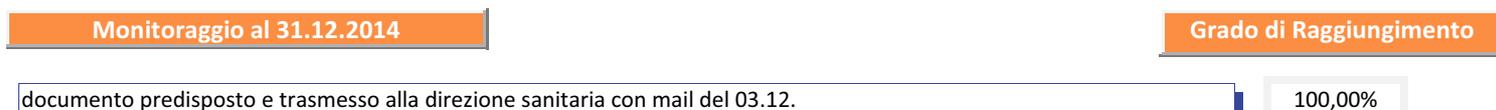
ATTIVITÀ			incentivazione/valutazione
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	dirigenza
obiettivo di struttura			
Pubblicazioni scientifiche	punti di impact factor normalizzato. L'obiettivo è valutato secondo il criterio di proporzionalità con soglia minima dell'80%.	valore: 10 IF normalizzato	5%



GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO			incentivazione/valutazione
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	dirigenza
obiettivo aziendale			
Programma di accreditamento internazionale	partecipazione alle attività con le cadenze previste nel programma	è rispettato il cronoprogramma di Accreditation Canada	x



GESTIONE RISORSE UMANE E ORGANIZZAZIONE			incentivazione/valutazione
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	dirigenza
Miglioramento della comunicazione interna	stesura di una proposta per il miglioramento della comunicazione interna	evidenza della proposta entro il 31.12	10%



obiettivo di struttura			
Discussione, con periodicità almeno mensile, dei casi clinici complessi con il coinvolgimento di tutti i collaboratori del Servizio di Psicologia	stesura del verbale delle riunioni effettuate, come da modello inviato dalla Direzione Sanitaria	almeno 8 incontri nel 2014	20%



OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	dirigenza
-----------	----------------------	-------------	-----------

obiettivo di struttura

Gestire le ferie del personale della dirigenza

Il risultato atteso è calcolato in questo modo:
 -per il personale con residuo ferie al 1/1/14 >8 gg:
 ridurre il residuo di almeno il 10%
 -per il personale con residuo ferie al 1/1/14 ≤8 gg:
 mantenere un residuo ferie ≤ 8 giorni.
 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.

proseguire nel percorso di abbattimento del residuo ferie: obiettivo - ricalcolato tenuto conto dell'assenza di 4 mesi della Dott.ssa Zotti - 57 gg

x

Monitoraggio al 31.12.2014	Grado di Raggiungimento
61 gg	in linea

SINTESI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI INCENTIVATI

	% raggiungimento obiettivi incentivati	% valutazione
personale dirigenza	95,00%	100%

Tecnostruttura Scientifica



MONITORAGGIO ANNUALE BUDGET 2014 - DIREZIONE SCIENTIFICA

Approvato dall'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance con Verbale n. 8 del 19/6/15

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	incentivazione/valutazione		
			dirigenza	comparto	
				PO altro personal	
Qualità	1 Certificazione ISO 9001-2008: proseguimento delle attività per l'adozione del sistema Qualibus per la gestione documentale del sistema Qualità 2 Accreditemento OECl: sviluppo del programma di accreditemento OECl 3 Migrazione da software Mnemokairoa a Data Base Clinical Trials: inserimento dati 4 Consultazione pubblicazioni scientifiche dell'Istituto nel DataBase della Ricerca 5 Passaggio all'archiviazione digitale delle missioni su fondi del personale	1 Partecipaz. degli operatori alla formazione 2 Partecipaz. alle eventuali azioni di miglioramento individuate da OECl 3 Visibilità/estrazione dati speriment. Cliniche 4 Visibilità/estrazione dati pubblici. Scientifiche 5 Evidenza archivio digitale	22%	<input type="checkbox"/>	22%

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

1. Gli operatori hanno partecipato al corso di presentazione di Qualibus in data 26/6/2014 e al corso di addestramento pratico il 26/9/2014. La gestione documentale attraverso Qualibus è stata avviata.
 2. Ricezione del report conclusivo con esito accreditemento
 3. sono disponibili on line alcuni report (dinamici) relativi ai dati delle Sperimentazioni Cliniche.
 4. sono state avviate le procedure di integrazione dei dati della pubblicazioni scientifiche nel DBR. Con l'introduzione delle funzionalità di Qualibus il processo si è interrotto al fine di capire dove è meglio inserire i dati relativi alle stesse con l'intento di non duplicare il lavoro e avere un accesso ai dati più efficace
 5. L'obiettivo è stato sospeso in seguito al riscontro che presso tutte le Amministrazioni collegate è richiesta la produzione e conservazione di materiale cartaceo.
 (nota prot. 3731/D del 27.02.2015).
 Valutate le motivazioni, l'obiettivo viene considerato raggiunto

100,00%

Campus del CRO	Coinvolgimento dell'Ordine dei Notai per le attività di fund raising a favore del Campus del CRO	Invio della lettera ai notai della Provincia di Pordenone	6%	<input type="checkbox"/>	6%
-----------------------	--	--	----	--------------------------	----

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

Tramite il Presidente dell'Ordine dei Notai della Provincia di Pordenone, è stata divulgata la lettera a tutti i Notai.
 (nota prot. 3731/D del 27.02.2015)

100,00%

Comunicazione	Restyling CROnews	Edizione del periodico CROnews con la nuova grafica	6%	<input type="checkbox"/>	6%
----------------------	-------------------	--	----	--------------------------	----

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

Il restyling è completato. E' stato pubblicato nel sito e stampato.
 (nota prot. 3731/D del 27.02.2015)

100,00%

Biobanca	Stesura della procedura ("Standard Operating Procedures" - SOP) per la sottomissione e valutazione progetti allo Steering Committee della Biobanca d'Istituto	Evidenza delle procedure	6%	<input type="checkbox"/>	6%
-----------------	---	---------------------------------	----	--------------------------	----

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

Le procedure, corredate dalla nuova modulistica per la sottomissione e valutazione progetti allo Steering Committee sono state realizzate e messe a disposizione dei ricercatori nel DBR della Ricerca.
 (nota prot. 3731/D del 27.02.2015)

100,00%

Miglioramento della qualità della sperimentazione clinica

1 aggiornamenti trimestrali della News Letter – sui protocolli clinici – AIOM - FVG in collaborazione con AOU di Udine
2 Completamento delle Procedure Operative Standard delle Data Manager e delle Infermiere di Ricerca
3 Individ. in Istituto potenziali Principal Investigator da formare mediante Corsi di metodologia della sperimentazione. Ricerca al di fuori dell'Istituto di corsi di formazione per biostatistici, infermiere di ricerca e Data Manager per formare il gruppo Protocol Development

1 Migliore informazione su prot. clinici attivi al fine di un migliore accrual dei pazienti negli studi
2 Migliore qualità del lavoro/raccolta dati da parte di data manager
3 Miglioramento delle conoscenze di base sulle sperimentazioni cliniche tra il

18%

18%

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

1. La News letter viene regolarmente aggiornata ogni 3 mesi.
2. Sono state completate tutte le Procedure Operative Standard (SOP) (9, 12, 14, 15, 16, 17). E' stato realizzato evento formativo FSC (IRCCRO_00962). (SOP)
3. E' stato chiesto di inserire nel progetto della formazione della Direzione Scientifica corsi di Metodologia della Sperimentazione per biostatistici, infermiere di ricerca e Data Manager. Questo indicatore è solo parzialmente raggiunto a causa di problematiche legate al reclutamento delle data manager con conseguenti lunghi periodi scoperti (ridefinizione del regolamento contratti e interpretazione della normativa di riferimento). (nota prot. 3731/D del 27.02.2015).
Valutate le motivazioni sopra descritte, l'obiettivo viene considerato raggiunto.

100,00%

Promozione dei processi di trasferimento tecnologico

1. Nuove brevettazioni
2. Divulgazione 2 versioni italiana e in lingua inglese dell'opuscolo su attività valorizzazioni e prospettive di trasferimento tecnologico al CRO

1. Deposito di 3 nuove domande di brevetto
2. Evidenza attività di divulgazione

6%

6%

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

1. Nuove brevettazioni:
a) Invenzione (Peptide agonists) di Colombatti/Doliana, con centro serbo Vinca, depositata nell'anno tramite lo studio Propria; (Si allega evidenza del deposito del brevetto)
b) Invenzione (Anticorpo contro BARF1) di Dolcetti e colleghi anche dello IOV, per cui CRO e IOV hanno nell'anno conferito mandato allo studio Jacobacci, che di concerto con i ricercatori sta ridefinendo la strategia brevettuale a seguito di sopraggiunta divulgazione; (Si allega giustificazione modifica strategia di deposito del brevetto)
c) Invenzione (Anticorpi-anti NG2-CSPG4) di ricercatori CRO, con Università di Parma, depositata nell'anno tramite lo studio Buignon;
2. Divulgazione avvenuta a destinatari nazionali (Polo Tecnologico di Pordenone /Universita' di Trieste) e internazionali specializzati nel trasferimento tecnologico (nota prot. 3731/D del 27.02.2015).
Valutate le motivazioni sopra descritte, l'obiettivo viene considerato raggiunto.

100,00%

Migliorare l'accessibilità ai materiali didattici CRO tramite Archivio della Letteratura Grigia (LG) (in collaborazione con CAF)

Archivio LG: migrazione ad altro software per migliorare la ricerca da parte dell'utente

n. 50 records nel nuovo sw relativi a corsi/presentazioni coordinate da CAF CRO

7%

7%

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

effettuato studio di comparazione fra software, migrati n. 50 records che saranno accessibili online nel nuovo sito web aziendale (nota prot. 3731/D del 27.02.2015)

100,00%

Indagine sulle conversazioni su argomenti oncologici nei social networks alla ricerca della "conoscenza implicita" (in collaborazione convenzione con Laboratorio Intelligenza Artificiale Università di Udine)

1)Realizzazione indagine con metodologia di web intelligence su argomenti relativi all'oncologia (in particolare CAM e sperimentazioni cliniche);
2) confronto con dati emersi dall'osservatorio biblioteca pazienti/CIFAV CRO

Report dell'indagine. Risultati trasferibili al progetto PE

7%

7%

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

1) l'indagine è stata effettuata, i dati elaborati.
2) il confronto con i dati è stato presentato al convegno dell'EAHIL, European Health Association and Libraries, Roma giugno 2014. (nota prot. 3731/D del 27.02.2015)

100,00%

CIGNOweb.it: implementare la valutazione di qualità dei materiali recensiti

Valutazione di qualità di almeno 20 libretti indicizzati (tramite applicazione manuale ETHIC (copyr CRO Aviano - ASMN Reggio Emilia) e utilizzo strumento EULOGOS.

1) almeno 20 valutazioni di qualità consultabili online
2) realizzazione Workshop divulgativo sull'argomento.

7%

7%

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

1) le valutazioni di qualità sull'argomento sono 50.
2) il workshop divulgativo si è svolto il 9/10/2014 (Giornata Sicurezza e Qualità).
(nota prot. 3731/D del 27.02.2015)

100,00%

Funzionamento del registro tumori

supporto amministrativo allo sviluppo e conduzione registro tumori

Inizio raccolta nuovi casi incidenti di tumore nella Popolazione del Friuli Venezia Giulia per il biennio 2010-2011

7%

7%

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

La SOC Epidemiologia e Biostatistica, in collaborazione con la Direzione Centrale Salute, ha verificato il numero potenziale di nuove diagnosi di tumore occorse nella popolazione residente in FVG nel periodo 2010-2011 incrociando i dati del registro di mortalità, delle dimissioni ospedaliere e delle anatomie patologiche regionali.

La relazione è la seguente:

L'analisi automatica preliminare (prima dei controlli di qualità per la stadiazione dei tumori oggetto di screening di popolazione, cioè carcinoma della mammella femminile, carcinoma della cervice uterina, e carcinoma del colon-retto) ha permesso di identificare la seguente casistica di nuove diagnosi neoplastiche per il biennio 2010-2011 nella popolazione del FVG:

numero nuovi casi, 11.007 nel 2010, 11.204 nel 2011. Di queste nuove diagnosi, 10.225 erano occorse nelle donne e 11986 negli uomini. Tra le donne, le principali sedi neoplastiche erano rappresentate da: mammella (2465 casi nel biennio), pelle non melanoma (2210 casi), colon (813 casi), polmone (546 casi) e pancreas (339 casi). Tra gli uomini, le principali sedi neoplastiche erano rappresentate da: pelle non melanoma (2301 casi nel biennio), prostata (2242 casi), colon-retto (1315 casi), polmone (1235 casi) e fegato (457 casi).

Dati estratti dal database del Registro presso la SOC Epidemiologia e Biostatistica.

(nota prot. 3731/D del 27.02.2015)

100,00%

Supporto all'attività di produzione scientifica da parte del personale amministrativo della SOC Epidemiologia e Biostatistica

valore impact factor normalizzato fissato nel budget della SOC Epidemiologia e Biostatistica

l'obiettivo verrà valutato considerando il target assegnato alla SOC Epidemiologia e Biostatistica

8%

8%

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

124,9 (nota prot. 3731/D del 27.02.2015) (99,92%)

Il ridotto numero di pubblicazioni rispetto all'atteso è dovuto a due ragioni:

- 1) il pensionamento del Dr. Renato Talamini
- 2) l'impegno profuso dalla SOC Epidemiologia negli outcome clinici

99,92%

SINTESI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI INCENTIVATI

	% raggiungimento obiettivi incentivati	% valutazione
raggiungimento	99,99%	100%

Tecnostruttura Scientifica



MONITORAGGIO ANNUALE BUDGET 2014 - SOC EPIDEMIOLOGIA E BIOSTATISTICA

Approvato dall'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance con Verbale n. 8 del 19/6/15

In analogia alla valutazione degli obiettivi aziendali da parte della DCSISPS, l'obiettivo di equilibrio di bilancio rappresenta la preconditione per ogni ulteriore valutazione dei risultati attesi incentivati sottoriportati dei direttori di struttura complessa. L'equilibrio di bilancio, per il raggiungimento dell'obiettivo economico, sarà calcolato sulla gestione complessiva e sarà considerato negativo qualora eccedente lo 0,1% del totale dei costi della produzione.

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2014	incentivazione/valutazione
Gestione registro tumori	funzionamento del registro come da indicazioni regionali	inizio raccolta nuovi casi incidenti di tumore nella popolazione del FVG per il biennio 2010-2011	dirigenza x
Monitoraggio al 31.12.2014 La SOC Epidemiologia e Biostatistica, in collaborazione con la Direzione Centrale Salute, ha verificato il numero potenziale di nuove diagnosi di tumore occorse nella popolazione residente in FVG nel periodo 2010-2011 incrociando i dati del registro di mortalità, delle dimissioni ospedaliere e delle anatomie patologiche regionali. La relazione è la seguente: L'analisi automatica preliminare (prima dei controlli di qualità per la stadiazione dei tumori oggetto di screening di popolazione, cioè carcinoma della mammella femminile, carcinoma della cervice uterina, e carcinoma del colon-retto) ha permesso di identificare la seguente casistica di nuove diagnosi neoplastiche per il biennio 2010-2011 nella popolazione del FVG: numero nuovi casi, 11.007 nel 2010, 11.204 nel 2011. Di queste nuove diagnosi, 10.225 erano occorse nelle donne e 11986 negli uomini. Tra le donne, le principali sedi neoplastiche erano rappresentate da: mammella (2465 casi nel biennio), pelle non melanoma (2210 casi), colon (813 casi), polmone (546 casi) e pancreas (339 casi). Tra gli uomini, le principali sedi neoplastiche erano rappresentate da: pelle non melanoma (2301 casi nel biennio), prostata (2242 casi), colon-retto (1315 casi), polmone (1235 casi) e fegato (457 casi). Dati estratti dal database del Registro presso la SOC Epidemiologia e Biostatistica. (nota prot. 3731/D del 27.02.2015)			Grado di Raggiungimento in linea
Pubblicazioni scientifiche	punti di impact factor normalizzato. L'obiettivo è valutato secondo il criterio di proporzionalità con soglia minima dell'80%.	valore : 125 IF normalizzato	80%
Monitoraggio al 31.12.2014 124,9			Grado di Raggiungimento 99,92%
Variabili attività scientifica (Allegato 1)	punti attività scientifica della struttura operativa. I punteggi realizzati vengono valutati come segue: un punteggio > = 4 punti = 100% un punteggio < 1 punti = 0 il restante = 80%	punteggio > 4	20%
Monitoraggio al 31.12.2014 obiettivo raggiunto			Grado di Raggiungimento 100,00%
Programma di accreditamento internazionale	partecipazione alle attività con le cadenze previste nel programma	è rispettato il cronoprogramma di Accreditation Canada	x
Monitoraggio al 31.12.2014 Il cronoprogramma è stato rispettato. Nel corso del 2014 è stato avviato il nuovo ciclo con la fase di formazione svolta direttamente da Accreditation Canada (1-3 ottobre) e sono stati costituiti formalmente i team (29.12).			Grado di Raggiungimento in linea

Gestire le ferie del personale della
dirigenza

Il risultato atteso è calcolato in questo modo:
-per il personale con residuo ferie al 1/1/14 >8 gg:
ridurre il residuo di almeno il 10%
-per il personale con residuo ferie al 1/1/14 ≤8 gg:
mantenere un residuo ferie ≤ 8 giorni.
La valutazione è effettuata a livello complessivo.
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.

proseguire nel percorso di
abbattimento del residuo ferie:
obiettivo 123 gg

x

Monitoraggio al 31.12.2014

Grado di Raggiungimento

127 gg

in linea

SINTESI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI INCENTIVATI

	% raggiungimento obiettivi incentivati	% valutazione
raggiungimento	99,94%	100%

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: CRISTINA ANDRETTA
CODICE FISCALE: NDRCST65R67G888L
DATA FIRMA: 28/09/2015 15:11:46
IMPRONTA: 1C84D392DD99F586DAD330567D1FAF3D31E907EA1B85BBC5414F603F7BC943CA31E907EA1B85BBC5414F603F7BC943CA59D55B0AEC4BA633BA2323CE1ACE4D1359D55B0AEC4BA633BA2323CE1ACE4D1376960F1BAF9783EEBDB318C2080FC74776960F1BAF9783EEBDB318C2080FC747BAB98FE0136F8A6A7A600796A1E99B99

NOME: RAFFAELLA CATTARUZZA
CODICE FISCALE: CTTRFL70L64A5160
DATA FIRMA: 28/09/2015 15:27:12
IMPRONTA: 32AFDDE6F34B4FB9A1A5032B84B4243FA5F09307ED1468250EC37443F721424FA5F09307ED1468250EC37443F721424F2522B2D7DA1B8DEBDCAC2EE51ABB8FCB2522B2D7DA1B8DEBDCAC2EE51ABB8FCB62216EC80C76143067D96440813BF24462216EC80C76143067D96440813BF24433D8C3224554143CE98436DC78E21E0A

NOME: ALESSANDRO FALDON
CODICE FISCALE: FLDLSN63E04C957S
DATA FIRMA: 28/09/2015 16:52:20
IMPRONTA: 4197955B02B598E8452AA93E2B8FCE0F2545CD586F17CFD29E52C2906506A04A2545CD586F17CFD29E52C2906506A04ADA7B8CDBAA37A3164C255D91E4A87E4BDA7B8CDBAA37A3164C255D91E4A87E4B03FC365A44CB8ECDB138521299CCFB6103FC365A44CB8ECDB138521299CCFB61BA91139E3A819E08B2DDE8DA6A2F1B5C

NOME: PAOLO DE PAOLI
CODICE FISCALE: DPLPLA55S18L483A
DATA FIRMA: 29/09/2015 17:12:54
IMPRONTA: C2FFCFD71DFB0E68AC595F5F349FFB2265BD78956A0B63D4FF319824D908065365BD78956A0B63D4FF319824D9080653AB026D2CA42944D3272B8A43B0C6D89CAB026D2CA42944D3272B8A43B0C6D89CD67C88B8CC3C15CB4A23F2799BF986E6D67C88B8CC3C15CB4A23F2799BF986E6F3755792F8442BB7D04C6A35161DD520

NOME: RENZO ALESSI
CODICE FISCALE: LSSRNZ55C20G2240
DATA FIRMA: 29/09/2015 17:25:51
IMPRONTA: 4FB70517B28E91348DD9E32B48740E20BA663115BE130FC2375AD20414030119BA663115BE130FC2375AD20414030119835881A2066EC23D36EB918BCB6CE297835881A2066EC23D36EB918BCB6CE297C328BDD6D1D61A80804E9FC00F09BC82C328BDD6D1D61A80804E9FC00F09BC826BAF74A459168903737F87FA3508C86F

NOME: MARIO TUBERTINI
CODICE FISCALE: TBRMRA55P23C265V
DATA FIRMA: 29/09/2015 17:47:25
IMPRONTA: 3EEDACF4C1C8D9CEC5277A4ECE618B09817B0E57E365BA3AAE7C9E35A823E962817B0E57E365BA3AAE7C9E35A823E962AF5AB8E34B32B6F2AD350CA94F23A539AF5AB8E34B32B6F2AD350CA94F23A53935B2DBEE92F9748A7BBA08CA3E676ECC35B2DBEE92F9748A7BBA08CA3E676ECCF6B42E18059CE252BE6D9EAF0F00E13F

Centro di Riferimento Oncologico - AVIANO

ALLEGATO N. 2

**RELAZIONE SULLA PERFORMANCE
ANNO 2014**

CENTRO DI RIFERIMENTO ONCOLOGICO

ISTITUTO NAZIONALE TUMORI - AVIANO

ISTITUTO DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO DI DIRITTO PUBBLICO (D.I. 31/07/90)
Via Franco Gallini, 2 - 33081 AVIANO - Italy - C.F. P.I. 00623340932 - Tel. 39-434-659111 - Fax 39-434-652182

Relazione sulla performance anno 2014

1	Presentazione	2
2	Normativa di riferimento	2
3	Programmazione triennale e annuale.....	3
3.1	Monitoraggio della gestione.....	4
4	Gestione per budget.....	28
4.1	Definizione degli obiettivi	28
4.2	Percorso di monitoraggio degli obiettivi/progetti	29
4.3	Valutazione della performance individuale.....	29

1 Presentazione

La presente relazione sulla performance è redatta ai sensi dell'art. 10, comma 1, lett. b) del D.LGS. 150/2009, dell'art. 6, comma 2, lettera b) della L.R. 16/2010 e sulla base delle indicazioni contenute nella delibera CIVIT (ora A.NA.C) n. 5/2012 avente per oggetto " Linee guida ai sensi dell'art. 13, comma 6, lettera b), del D. Lgs. n. 150/2009, relative alla struttura e alla modalità di redazione della Relazione sulla performance di cui all'art. 10, comma 1, lettera b), dello stesso decreto".

Il documento evidenzia a consuntivo i risultati di sintesi ottenuti dall'azienda rispetto agli obiettivi programmati e assegnati nell'anno 2014 e riportati nel programma annuale e nel documento di budget. Per maggiori dettagli si rinvia ai documenti che compongono il ciclo della performance.

La Relazione viene sottoposta - per la validazione - all'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance ai sensi dell'art. 14, commi 4, lettera c, e dell'art. 6 del D.LGS 150/2009.

2 Normativa di riferimento

Il processo di programmazione e controllo delle aziende sanitarie del Friuli Venezia Giulia è disciplinato dalla L.R. 49/1996 "Norme in materia di programmazione, contabilità e controllo del Servizio sanitario regionale e disposizioni urgenti per l'integrazione socio-sanitaria" e dalla L.R. 23/2004 "Disposizioni sulla partecipazione degli enti locali ai processi programmatori e di verifica in materia sanitaria, sociale e sociosanitaria e disciplina dei relativi strumenti di programmazione, nonché altre disposizioni urgenti in materia sanitaria e sociale." ed è articolato nelle seguenti fasi:

- programmazione triennale e annuale
- controllo trimestrale ed annuale
- gestione per budget.

3 Programmazione triennale e annuale

La programmazione del 2014 si è inserita in un contesto economico e normativo condizionato:

- a) da una consistente riduzione del finanziamento del Servizio Sanitario Regionale, dalla presenza di norme nazionale vincolanti per la Regione e per le Aziende (D.L. 6.07.2012 n.95 convertito con Legge n.135 del 7.08.2012 “Spending review”, D.L. 13.9.2012 n.158 “Decreto Balduzzi”, convertito con L. n.189 del 8.11.2012, D.L. 18.10.2012 n. 179 “Ulteriori misure urgenti per la crescita del Paese”);
- b) dalla scadenza del Piano Sociosanitario Regionale e del Piano della Prevenzione e dalla esigenza di completare l’iter legislativo avviato con la Legge Regionale n.17 del 11.11.2013 che definirà il nuovo assetto organizzativo ed istituzionale del Servizio Sanitario Regionale;
- c) dall’applicazione di un nuovo criterio per il riparto del finanziamento fra gli enti del SSR impostato su criteri standard su base di popolazione pesata, con indicazioni specifiche per alcuni fattori produttivi, che consenta di avviare un riequilibrio nel riparto delle risorse all’interno del Servizio Sanitario Regionale e la previsione di misure complessive volte a favorire il contenimento dei costi quali:
 - ✓ riduzione della farmaceutica ospedaliera del 4% rispetto al 2013,
 - ✓ previsione di costi per dispositivi medici non superiori al valore del 2012 abbattuto del 10%,
 - ✓ numero di prestazioni ambulatoriali per abitante sulla popolazione pesata non superiore a 4, con esclusione della branca di laboratorio;
 - ✓ tasso di ospedalizzazione di Area Vasta non superiore a 140 per mille;
 - ✓ costo del personale non superiore al consuntivo 2012 abbattuto dell’1% limitatamente alle competenze fisse non ricadenti nei fondi contrattuali di ciascun ruolo;
 - ✓ riduzione del ricorso all’Istituto delle prestazioni aggiuntive, ai sensi della L. n.1/2002, dell’art.55 del CCNL 8.6.2000 e dell’art.18 del CCNL 3.11.2005 almeno del 50% rispetto al costo sostenuto per tali prestazioni nell’anno 2012;
 - ✓ costo per manutenzioni ordinarie edili impiantistiche al massimo pari all’80% di quello sostenuto nell’anno 2012, adottando come prioritari gli interventi connessi con la sicurezza delle strutture e degli impianti;
 - ✓ attuazione del D.L. 6-7-2012, n.95 e s.i.m. art.15, comma 13 relativamente ai beni e servizi;

Il percorso di predisposizione del programma aziendale 2014 si è realizzato attraverso la seguente sequenza:

- approvazione definitiva delle linee da parte della Giunta (DGR 2305 06.12.2013) che costituiscono il principale riferimento di programmazione attuativa per il SSR;
- invio alle Aziende, da parte della Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia (DCSISPSF), di apposite indicazioni metodologiche ed operative a supporto della redazione dei PAL/PAO (nota prot. n. 21456/SPS/APA del 06.12.2013);
- elaborazione da parte delle Aziende della proposta di PAL/PAO 2014 e trasmissione della stessa alla DCSISPSF (prot. CRO n. 21794/DG del 13.12.2013);
- negoziazioni in data 18.12.2013 della DCSISPSF con le aziende dell’area vasta pordenonese, aventi ad oggetto la verifica della fattibilità tecnica, della sostenibilità economica e del rispetto delle indicazioni pianificatorie regionali delle proposte di PAL/PAO presentate;

- invio, da parte della Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia (DCSISSPSF), della nota prot. 22457/P/SPS/APA del 20.12.2013 concernente gli esiti della negoziazione del PAL-PAO 2014;
- approvazione del PAL/PAO 2014 (deliberazione CRO n. 247 del 30.12.2013);
- approvazione del Patto tra Regione e Direttori generali degli enti del servizio sanitario regionale (DGR n. 612 del 04.04.2014);
- adozione del programma ed il bilancio preventivo annuale consolidato da parte della Giunta Regionale (DGR n. 1322 del 11.07.2014, integrata e modificata con le DGR n.2100 del 10.11.2014 e la DGR 2666 del 30.12.2014)

A fronte delle situazioni sopradescritte, le indicazioni della Regione in tema di programmazione delle Aziende e degli Enti Sanitari per l'anno 2014 sono state:

- ✓ il sostanziale mantenimento dei livelli di assistenza del 2013 in termini di prestazioni sanitarie erogate;
- ✓ il rispetto dei vincoli operativi di contenimento della spesa di alcuni fattori produttivi;
- ✓ l'attuazione di alcune linee progettuali orientate al miglioramento della qualità delle prestazioni e degli interventi sanitari erogati;
- ✓ la presenza di progetti di miglioramento gestionale.

Il programma annuale aziendale riporta la programmazione quali-quantitativa delle prestazioni, le linee di attività dell'area clinico-assistenziale e di ricerca e gli obiettivi afferenti alle linee progettuali indicate dalla Regione.

Sempre secondo le indicazioni delle linee per la gestione del SSR, il documento non contiene la revisione del programma e del bilancio preventivo triennale.

Nel corso dell'anno con DGR n. 2100 del 10.11.2014 e 2666 del 30.12.2014, sono state apportate delle modifiche alla programmazione annuale.

3.1 Monitoraggio della gestione

TRIMESTRALE

Il monitoraggio trimestrale dell'attuazione del programma e del rispetto dei vincoli di bilancio è stato effettuato secondo le indicazioni della LR 49/1996 con la seguente articolazione:

	I trimestre (delibera CRO n. 114 del 15.05.2014)	II trimestre (delibera CRO n. 169 del 31.07.2014)	III trimestre (delibera CRO n. 233 del 28.11.2014)
Risorse economiche	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Manovra del personale	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Piano degli investimenti		<input checked="" type="checkbox"/>	
Progettualità aziendali		<input checked="" type="checkbox"/>	

ANNUALE

Il controllo annuale è stato realizzato attraverso la predisposizione del bilancio consuntivo corredato dalla relazione sulla gestione che esplicita, motiva e commenta i risultati rispetto agli obiettivi posti in sede di programmazione, con particolare riferimento agli investimenti, ai ricavi, ai costi e agli oneri dell'esercizio (delibera n. 117 del 30.04.2015).

Sintesi dei risultati della programmazione anno 2014

L'attività del 2014 ha risentito di alcune difficoltà legate al ripristino della logistica dopo i lavori di messa a norma antisismica, alle carenze di personale e alle difficoltà esterne dipendenti dalla fase di transizione durante il semestre di proposta e di approvazione della riforma del Servizio Sanitario Regionale. Nonostante queste criticità il CRO è riuscito, nel suo complesso, a mantenere anche nel 2014 un adeguato volume di attività per i cittadini regionali ed extra-regionali.

La qualità complessiva dell'Istituto, valutata costantemente da diversi soggetti internazionali per le diverse aree e globalmente da Accreditation Canada, è stata riconosciuta nel 2014 da OECl quale Comprehensive Cancer Center. L'Istituto ha inoltre superato la "site visit" per la conferma del carattere scientifico dell'Istituto da parte del Ministero, alla conclusione del quale manca solo la formale attestazione regionale della sua congruità relativamente alla programmazione del SSR.

Sul versante scientifico l'Istituto ha sviluppato le linee di ricerca corrente 2014 in accordo con il Ministero della Salute secondo la progettualità riportata nel Workflow della Ricerca.

Il programma clinico e di ricerca ha dimostrato una buona qualità scientifica generale, con potenziale eccellenza in alcune aree specifiche, tra le quali la patogenesi e trattamento delle malattie ematologiche, dei tumori correlati a infezioni e dei tumori nell'anziano.

L'organizzazione del programma generale in linee di ricerca distinte ha rappresentato un valido sforzo verso un affinamento degli obiettivi, l'identificazione di aree di potenziale sinergia e lo sviluppo della ricerca traslazionale. L'attenzione, al fine di migliorare l'impatto dell'Istituto nella ricerca in oncologia, sia clinica sia di base, e determinare un migliore utilizzo del talento dei suoi ricercatori è stata posta soprattutto per la gestione dei seguenti punti critici:

- Sviluppo di meccanismi di supporto della ricerca traslazionale, in particolare infrastrutture per la ricerca;
- Incremento di programmi di ricerca clinica e traslazionale ideati e coordinati da ricercatori CRO;
- Sviluppo del progetto "Medicina personalizzata";
- Ulteriormente sviluppo del programma di internazionalizzazione dell'Istituto;
- "New public management accountability": perfezionamento dei meccanismi di rendicontazione tramite l'adozione di strumenti gestionali per la ricerca;
- Sviluppo di strategie per mantenere il finanziamento della ricerca (anche in un periodo di difficoltà economica).

Di seguito si riportano il monitoraggio della programmazione annuale 2014 (linee progettuali e obiettivi strategici contenuti nel patto del DG) ed i dati relativi all'attività e alle principali voci di costo degli anni 2013-2014:

1. Monitoraggio della programmazione annuale 2014

Linea 1.1.1.1 Aggregazioni di funzioni sanitarie per area vasta	
Obiettivo aziendale Attuare nuovi modelli organizzativi sanitari che consentano di aumentare l'efficienza e di valorizzare le competenze professionali specifiche	Risultati attesi a) Entro 31/7/2014 redazione condivisa di un progetto di riorganizzazione per: - Laboratorio di patologia clinica di area vasta - Anatomia patologica di area vasta - Servizio di radiologia su h 24 su area vasta - Farmacia Ospedaliera e farmacia territoriale - Altro b) Entro il 31/12/2014 avvio del progetto
Attuazione al 31.12.2014 a) Il documento con i progetti di riorganizzazione per Laboratorio di patologia clinica, Anatomia patologica	

e Servizio di radiologia su h 24 per area vasta è stato inviato alla DCSISPSF dalla Direzione Generale della ASS6, in qualità di coordinamento dell'Area vasta pordenonese, in data 30.06.2014 (prot.n. 34191/DG). Il documento relativo al progetto di riorganizzazione del servizio di farmacia ospedaliera e farmacia territoriale è stato inviato alla DCSISPSF dalla Direzione Generale della ASS6, in qualità di coordinamento dell'Area vasta pordenonese, in data 30.07.2014 (prot. n.40327/DG). La riorganizzazione del servizio di Farmacia non ha interessato il CRO.

b) Laboratorio di patologia clinica di area vasta

La progettualità prevedeva il superamento del vincolo relativo al sistema informatico nonché la concentrazione a Pordenone dell'attività per esterni. Nel corso del 2014 non si è avviata la riorganizzazione in quanto la progettualità del sistema informatico è rimasta bloccata dal livello regionale (INSIEL) e dall'avvio del percorso di riforma del sistema sanitario regionale (requisiti/funzioni per Presidio).

Anatomia patologica di area vasta

Nel corso del 2014 si sono realizzati i seguenti percorsi:

1. Acquisti di reagenti e sistemi tramite capitolati condivisi con il CRO;
2. Referto anatomopatologico di Dipartimento Interaziendale di Anatomia Patologica;
3. Eventi formativi ECM comuni.

Servizio di Radiologia su h 24 su area vasta

In data 7.8.2014 è stato deliberato con decreto del Direttore generale AOSMA l'atto n.207 che adotta il protocollo per la tele gestione degli esami radiologici convenzionali e TC senza contrasto all'interno dell'area vasta pordenonese e riguardante tutte le strutture afferenti all'Azienda.

A partire dal 20 ottobre 2014 è stata avviata la guardia radiologica provinciale.

Farmacia ospedaliera e farmacia territoriale

La riorganizzazione del servizio di Farmacia non ha interessato il CRO.

Linea 1.1.1.2 Azioni funzionali al raggiungimento dei presupposti del DL 95/2012

Obiettivo aziendale Riorganizzazione delle funzioni sanitarie ospedaliere - Applicazione standard del decreto Balduzzi	Risultato atteso Le Aziende entro <u>31/3/2014</u> dovranno proporre e trasmettere alla DCSPSF un programma con alcune azioni di riconversione, riduzione o soppressione delle strutture ridondanti rispetto a quanto previsto dagli standard stessi o che stanno operando sotto gli standard di sicurezza.
---	---

Attuazione al 31.12.2014

con nota prot. 17406/DG del 31.03.2014 l'ASS n. 6, in qualità di azienda capo fila, ha trasmesso alla DCSISPSF la documentazione relativa a:

- accordo di Area Vasta sul coordinamento attività formative in Area Vasta Pordenonese;
- proposta di riorganizzazione delle funzioni sanitarie dell'Area Vasta Pordenonese;
- aggregazione di funzioni amministrative per Area Vasta.

Linea 1.1.3.1 Completamento dei progetti avviati negli anni precedenti e nuovi progetti gestionali amministrativi

Obiettivo aziendale Mantenimento e prosecuzione delle attività svolte nel 2013	Risultati attesi <u>Trattamento previdenziale:</u> l'Ufficio unico, ormai rodato nella sua funzionalità, proseguirà le azioni nel 2014. <u>Gestione personale-concorsi:</u> anche per il 2014 le Aziende promuoveranno le procedure concorsuali in comune relativamente alle figure professionali di reciproco interesse che saranno individuate in corso d'anno (esempio infermieri). <u>Gestione economico-finanziaria:</u> nel corso del 2014 le attività iniziate nell'anno precedente proseguiranno mettendo a regime il sistema centralizzato di recupero crediti in sofferenza.
--	--

	<p><u>Approvvigionamenti e logistica:</u> nel 2014 si proseguiranno le azioni già consolidate negli anni precedenti.</p> <p><u>Fiscalità:</u> il Servizio di consulenza fiscale è centralizzato in Area vasta e proseguirà in tale modalità per tutto l'anno 2014.</p> <p><u>Albo fornitori di beni e prestatori di servizi di Area Vasta:</u> consolidamento a livello di area vasta pordenonese dell'albo fornitori, quale strumento propedeutico allo svolgimento dell'attività contrattuale di competenza aziendale.</p> <p><u>- Nuovi progetti gestionali amministrativi</u></p> <p><u>a) Predisposizione di un piano di lavoro generale con le opportune specificazioni di dettaglio, per la riorganizzazione delle funzioni tecnico-amministrative, da trasmettere alla Regione entro il 31/3/2014</u></p> <p><u>b) Entro il 31/12/2014 avvio del piano</u></p>
<p>Attuazione al 31.12.2014</p> <p><u>Trattamento previdenziale:</u> Nel corso del 2014 si sono consolidate le procedure di unificazione delle funzioni aventi carattere previdenziale/pensionistico per l'area vasta pordenonese con capofila l'ASS6. In questi anni l'ufficio ha omogeneizzato le procedure e la modulistica, stabilizzato il suo assetto organizzativo e rafforzato la sinergia degli uffici di front office per il bacino d'utenza per la Provincia di Pordenone.</p> <p>L'Ufficio Unico, con le proprie sinergie, ha garantito tutte le funzioni previste e ha collaborato con la sede INPS di Pordenone Gestione Dipendenti Pubblici per verificare ed incrementare la banca dati relativa ai dipendenti alla luce dell'invio da parte dell'INPS stesso di un estratto contributivo ad ogni iscritto.</p> <p><u>Gestione personale-concorsi:</u></p> <p>Nel PAO 2014 si era condiviso di avviare una unica procedura concorsuale riferita al profilo di infermiere individuando quale Azienda capofila l'azienda Ospedaliera di Pordenone.</p> <p>A seguito dell'iter normativo che ha portato all'approvazione della L.R. 17 del 16.10.2014 (Riordino del SSR) con l'istituzione, tra l'altro, dell'Ente per la Gestione accentrata dei servizi condivisi, la procedura concorsuale è stata bloccata in quanto di competenza del nuovo ente, come confermato dalle linee di gestione per l'anno 2015.</p> <p>In ambito di Area Vasta è proseguita la riorganizzazione gestionale delle procedure per l'acquisizione del personale maggiormente richiesto sul mercato del lavoro sanitario, con l'utilizzo in comune delle graduatorie in corso di validità (OSS – Infermieri – Ostetriche etc). Le aziende sono intervenute direttamente presso le sedi richieste al fine di favorire l'espletamento delle procedure concorsuali in atto e per il loro completamento.</p> <p><u>Gestione economico-finanziaria:</u> è proseguito il sistema centralizzato di recupero crediti coattivo in Area vasta, gestito da AOSMA.</p> <p><u>Approvvigionamenti e logistica:</u> è proseguita l'azione di consolidamento del processo di approvvigionamento tramite logistica centralizzata Egas, peraltro già a regime nel 2013, con calendario di consegne settimanali concordato per tutti i beni trattati, incluse alcune categorie di farmaci. E' stata avviata un'analisi in relazione ai beni che allo stato attuale non sono ancor acquisibili tramite magazzino Egas (alimentari/guardaroba/diagnostici/prodotti in conto deposito/farmaci UFA) con lo scopo di individuare soluzioni che consentano di incrementare ulteriormente, se possibile, la centralizzazione.</p> <p><u>Fiscalità:</u> il servizio di consulenza fiscale è centralizzato in Area Vasta ed è proseguito in tale modalità anche per il 2014. Il CRO ha conferito detto incarico (durata 01.01.14 – 31.12.14) con delibera del direttore generale n. 242 del 24.12.2013, a seguito della procedura di avviso pubblico di valutazione comparativa per il conferimento di incarico professionale, espletata dal CRO per conto delle Aziende dell'Area vasta pordenonese.</p>	

Albo fornitori di beni e prestatori di servizi di Area Vasta:

Con determina n. 345 del 6/3/2013 (ASS6) era stato approvato l'elenco dei fornitori di beni e prestatori di servizi iscritti all'Albo fornitori e prestatori di servizi dell'area vasta pordenonese (301 imprese); con successive determinazioni mensili tale elenco è stato aggiornato di volta in volta con i nominativi dei nuovi iscritti (per complessivi 528 fornitori a fine 2014) .

Vengono costantemente aggiornati i dati anagrafici delle imprese iscritte e i relativi i documenti amministrativi (DURC, visure camerali, antimafia) delle imprese iscritte e di quelle che, pur non avendo fatto istanza di iscrizione all'Albo, vengono anch'esse gestite nel data-base ai fini amministrativi e contabili avendo le stesse rapporti di fornitura/prestazioni con le aziende dell'area vasta pordenonese (complessivamente 1721 imprese).

Nuovi progetti gestionali amministrativi:

a) Predisposizione di un piano di lavoro generale

Il documento con la predisposizione di un piano per la riorganizzazione delle funzioni tecnico-amministrative è stato inviato alla DCSISPSF dalla Direzione Generale della ASS6 in data 31.03.2014 (prot. n. 17406/DG).

In data 30.06.2014 (prot.n. 34191/DG) è stato trasmesso alla DCSISPSF il documento relativo al completamento dei progetti avviati negli anni precedenti, realizzato nel primo semestre (armonizzazione delle funzioni amministrative delle strutture Politiche e gestione delle risorse umane, collaborazione nell'ambito delle strutture Programmazione e controllo, collaborazione nell'ambito delle strutture Assistenza farmaceutica).

b) Entro il 31/12/2014 avvio del piano

In questa fase il progetto "Armonizzazione delle funzioni amministrative delle Strutture Politiche e gestione risorse umane in Area Vasta" ha visto coinvolte l'AOSMA e l'ASS6 in quanto interessate dalla riforma ex L.R. n. 17/2014 che ha unificato i due Enti. In una seconda fase il progetto potrà essere esteso anche al CRO.

Linea 1.1.4.1 Piano di formazione di Area vasta

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
rafforzare la co-progettazione delle attività formative nelle aree di intervento individuate	evidenza della realizzazione delle attività co-progettate

Attuazione al 31.12.2014

Nel corso del 2014 si è data attuazione all'accordo di area vasta sul coordinamento delle attività formative sottoscritto in data 31.03.2014 (trasmesso dall'ASS 6, in qualità di capofila, alla DCSISPSF con nota prot. n.17406/DG del 31.03.2014), in particolare con la predisposizione di piani formativi che definiscono le aree e le tematiche oggetto di progettazione condivisa coerente con le priorità strategiche di area vasta. L'Istituto ha realizzato le seguenti attività co-progettate tra i servizi formazione di CRO, AOSMA e ASS6:

- 1) tre edizioni dell'evento Formazione al ruolo di tutor clinici per infermieri appartenenti all'équipe denominata "Team Teaching" per il tirocinio degli studenti; ogni corso 4 giornate di formazione, destinatari tutor clinici dell'Area Vasta PN;
- 1) due edizioni dell'evento La tutorship esperta nel modello "Team Teaching" per il tirocinio degli studenti infermieri, 1 giornata di formazione, destinatari tutor clinici dell'Area Vasta PN;
- 2) due edizioni dei seguenti corsi:
 - Legge 241 e diritto di accesso agli atti;
 - Legge 190/2012 "Anticorruzione";
 - Codice di comportamento dei dipendenti pubblici e dei dipendenti dell'Azienda sanitaria;
 - Disposizioni in tema di trasparenza della pubblica amministrazione per personale sanitario e amministrativo delle 3 aziende, 50 posti per azienda per ogni evento;
- 3) Formazione settore beni-servizi-tecnologie (APPALTI): l'evento è stato progettato dall'ASS6 che ha anche dato il docente. La sede di Formazione è stata il CRO che ha collaborato per tutti gli aspetti logistici e di supporto organizzativo. Ha partecipato personale di tutte e tre le aziende. Il corso si è svolto in due edizioni, per un totale di 20 mezze giornate di formazione;
- 4) Realizzati 18 workshop di Medicina Narrativa di 3 ore ciascuno, aperti a tutta l'Area Vasta, con notevole partecipazione di personale di azienda ospedaliera e ASS6. Questi percorsi formativi tra l'altro hanno l'obiettivo di promuovere l'umanizzazione e la personalizzazione delle cure, nonché la

salute e il benessere degli operatori nei luoghi di lavoro.

Linea 1.1.5.1 Firma digitale

Obiettivo aziendale

Estensione obbligatoria della Firma digitale

Risultato atteso

A partire dalla seconda parte dell'anno, è obbligatorio l'utilizzo della firma digitale per i seguenti documenti:

- G2 Clinico >80% del totale dei referti
- Laboratorio e microbiologia > 99% del totale dei referti
- Anatomia patologica > 99 % del totale dei referti
- Radiologia > 99% del totale dei referti

Attuazione al 31.12.2014

Tutti i referti di Laboratorio (Microbiologia, Patologia clinica oncologica, Bioimmunoterapia dei tumori umani, Oncoematologia clinico sperimentale), Anatomia Patologica, Radiologia, Medicina Nucleare, Gastroenterologia, Cardiologia sono firmati digitalmente, a meno di fermi del sistema. Considerando tutte le strutture, la percentuale di referti firmata digitalmente sul sistema G2 clinico è di circa il 45%.

Linea 1.1.5.2 Obblighi informativi

Obiettivo aziendale

Rispetto degli obblighi informativi verso gli applicativi regionali, i flussi NSIS (nuovo sistema informativo sanitario) ed il MEF (ministero economia e finanza)

Risultato atteso

Le Aziende adempiono a tutti gli obblighi informativi rispetto agli applicativi regionali, i flussi NSIS, il MEF

Attuazione al 31.12.2014

L'azienda garantisce la gestione dei flussi informativi.

Obiettivo aziendale

Migliorare il flusso della scheda di dimissione ospedaliera

Risultato atteso

Tutti i campi devono essere compilati, con una completezza =>95%

Attuazione al 31.12.2014

I campi obbligatori (livello di istruzione, data di prenotazione e classe di priorità) sono compilati con una percentuale superiore al 95%.

Linea 1.1.5.4 Privacy

Obiettivo aziendale

Dare al cittadino la possibilità di esprimere il consenso alla consultazione degli episodi sanitari

Risultati attesi

1. Prosecuzione nell'implementazione della raccolta consenso
2. Recepimento del regolamento ex art. 20.

Attuazione al 31.12.2014

1. l'Istituto ha proseguito con la raccolta dei consensi al trattamento dei dati personali di tutti gli utenti che entrano in contatto con la struttura; nel 2014 sono stati inseriti nel sistema GECCO n. 9.080;
2. le azioni e gli interventi del CRO si sono concretizzate nella partecipazione dell'Istituto ai lavori del gruppo regionale privacy coordinato dalla DCSISPSF. E' in corso di elaborazione la bozza di documento che verrà successivamente sottoposta alle Aziende per il necessario confronto e quindi adottata con deliberazione della Giunta regionale.

Linea 1.1.5.5 Order Entry

Obiettivo aziendale

Attivazione del modulo per la gestione delle richieste di ordini e/o prestazioni sanitarie all'interno delle strutture di diagnosi e cura

Risultato atteso

Attivazione entro la fine del 2014

Attuazione al 31.12.2014

Al 31.12.2014 il sistema è attivo per le richieste dei Reparti per: prestazioni di anestesia, prestazioni di cardiologia, prestazioni di indagini ecografiche richieste alla radiologia e alla Medicina Nucleare, prestazioni di Laboratorio e Microbiologia (esclusa Anatomia Patologica per limiti del software Apsys).

Linea 1.1.6.1 PACS	
Obiettivo aziendale Attivazione dell'archiviazione degli esami ecocardiografici nel repository regionale secondo i profili di integrazione definiti nell'ambito del sistema PACS regionale da parte di INSIEL	Risultato atteso Gli esami sono disponibili nel repository regionale
Attuazione al 31.12.2014 In linea con gli sviluppi regionali. Le prestazioni sono archiviate nel repository.	
Obiettivo aziendale Estensione del sistema PACS regionale ESAOTE alla diagnostica ecografica dei servizi ospedalieri di ginecologia.	Risultato atteso Attivazione della refertazione sul G2/ESTENSA in almeno il 50% delle strutture ospedaliere di ecografia.
Attuazione al 31.12.2014 Rilevato che per le prestazioni ecografiche di Radiologia e Medicina Nucleare la refertazione è attiva per 100% delle prestazioni, la refertazione è stata inoltre attivata presso la SO di Oncologia Chirurgica Ginecologica.	
Obiettivo aziendale Tracciati ECG: refertazione, archiviazione, conservazione legale sostitutiva e consultazione intra ed extra aziendale.	Risultati attesi Le aziende collaborano con il DSC alla: <ul style="list-style-type: none"> - mappatura delle attuali soluzioni tecnologiche e flussi operativi implementati a livello di ciascuna Azienda per l'acquisizione, refertazione e gestione dei tracciati ECG. - verifica dell'effettiva necessità clinica di condivisione in un ambito sovra aziendale dei referti e i tracciati ECG. - valutazione delle opportunità e dei benefici nella gestione dei tracciati ECG come evidenze documentali (archivio documentale con una specifica classe documentale) piuttosto che come insieme di rappresentazioni grafiche di dati clinici (PACS come archivio immagini e report strutturati). - individuazione delle possibili soluzioni tecnologiche e di impianto informativo per la condivisione di referti e tracciati ECG a livello extra-aziendale e per l'eventuale successiva fase di conservazione legale sostitutiva.
Attuazione al 31.12.2014 La collaborazione con il DSC è stata garantita nei termini richiesti. Si resta in attesa di sviluppi in merito alla soluzione tecnologica individuata a livello regionale.	
Linea 1.3.1.1 Contenimento dei tempi d'attesa	
Obiettivo aziendale Rispetto dei tempi d'attesa in ambito di Area Vasta, secondo le indicazioni previste dal DGR 1439.	Risultato atteso I tempi di attesa di tutte le prestazioni individuate sono rispettati nei monitoraggi regionali.
Attuazione al 31.12.2014 i monitoraggi sono stati effettuati con le cadenze previste dal programma regionale. Eseguita l'analisi dei report trimestrali secondo le scadenze previste e trasmessi i dati alla DCSISPSF. Aggiornati i dati relativi all'ultimo monitoraggio (ottobre 2014) e resi disponibili alle Aziende di Area Vasta e al pubblico sul sito aziendale (link al sito web ASS6) in data 23.12.2014. (il monitoraggio del rispetto dei tempi di attesa è riportato nella sezione relativa agli Obiettivi del patto tra Regione e Direttore Generale.)	
Obiettivo aziendale Rispetto del piano di produzione di Area Vasta per il contenimento dei tempi di attesa	Risultato atteso Sono rispettati i volumi di produzione delle prestazioni critiche come individuate nel piano di

	produzione allegato
Attuazione al 31.12.2014	
Verbalizzata in data 27.02.2014 una prima valutazione delle criticità derivabili dai tempi di attesa e dal piano di produzione (proiezione 2014). Verbalizzata in data 11.12.2014 la riunione di area vasta: valutata la riduzione delle prestazioni programmate e l'applicazione diffusa dei nuovi criteri di priorità clinica a regime nei tempi previsti. (il monitoraggio dei volumi di produzione è riportato nella sezione relativa al programma sul contenimento dei tempi di attesa).	
Linea 1.3.1.2 Rispetto di norme e indicazioni sui tempi di attesa	
Obiettivo aziendale Diritti di superamento previsti dalla L.R. 26-3-2009 n. 7: Diffusione e applicazione di percorsi comuni in Area Vasta a garanzia dei diritti di superamento previsti dalla L.R. 26-3-2009 n. 7	Risultato atteso Aggiornamento del materiale informativo e delle procedure di Area Vasta entro il 1 marzo 2014.
Attuazione al 31.12.2014	
L'aggiornamento materiale informativo e garanzia dei diritti previsti dalla L.R. n.7/2009 è stato effettuato in data 11.12.2014. Nel gruppo tecnico si è concordato di procedere alla verifica degli obblighi di estensione dei diritti in ordine a direttive regionali non ancora emanate. La complessità della procedura di rimborso per le prestazioni che sfiorano i tempi massimi di attesa con i nuovi criteri di priorità clinica richiederà un approfondimento anche in ordine alle criticità condivise con le altre aree vaste regionali (non risultano estese ad altre prestazioni oltre a quanto previsto dalla DGR 2384/2010). Tutte le agende sono attive e i criteri inviati a tutti i prescrittori; concordato di rinviare alle successive direttive regionali l'eventuale estensione del diritto al rimborso in caso di mancato rispetto del tempo di attesa massimo certificato.	
Obiettivo aziendale Libera professione: Il rapporto fra i volumi di prestazioni erogate nell'ambito delle attività istituzionali e quelli erogati in libera professione intramuraria ambulatoriale e di ricovero rispondono ai vincoli normativi e sono in continuità con i risultati storicizzati.	Risultato atteso Il rapporto risponde ai requisiti normativi ed è in continuità con quanto raggiunto nel corso del 2013 ($\pm 5\%$).
Attuazione al 31.12.2014	
Il rapporto tra l'attività libero-professionale intramoenia e l'attività istituzionale ambulatoriale per esterni è pari a 5,68% in continuità rispetto al dato 2013 (5,97%). Nel calcolo sono esclusi gli esami di laboratorio. Non è stata erogata libera professione intramuraria di ricovero.	
Obiettivo aziendale Monitoraggio tempi d'attesa - Le Aziende partecipano ai monitoraggi nazionali e regionali sulle attività istituzionali e ALPI.	Risultato atteso Sono trasmessi entro i termini definiti dalla DCSPS i dati previsti per i monitoraggi. Il monitoraggio ALPI viene incluso nei monitoraggi regionali.
Attuazione al 31.12.2014	
I monitoraggi nazionali e regionali, compresi quelli relativi all'ALPI, sono stati trasmessi entro i tempi previsti.	
Obiettivo aziendale Criteri di priorità - Applicare i criteri di priorità definiti dal livello regionale.	Risultato atteso Avvio delle agende di prenotazione stratificate per criterio di priorità entro 4 mesi dalla diffusione ufficiale dei criteri di priorità a seguito dell'attivazione dell'offerta di formazione regionale dei professionisti.
Attuazione al 31.12.2014	
Trasmessi formalmente, da parte della ASS6, tutti i criteri clinici adottati dalla Direzione Centrale Salute ai Direttori dei Distretti ed ai Componenti UDMG con richiesta di massima diffusione per le seguenti branche specialistiche: Gastroenterologia (Prot.n 26227/AQ del 19 maggio 2014), Dermatologia (Prot.n 34534/AQ del 2 luglio 2014), ORL (Prot.n 37012/AQ del 15 luglio 2014), Oculistica (Prot. n 39962/AQ del 30 luglio	

2014). Tutte le attivazioni operative previste per l'Istituto (branca specialistica di gastroenterologia ed endoscopia digestiva) sono state attuate entro i termini previsti. Nel corso del 2014 non sono stati deliberati criteri di priorità per altre branche specialistiche di interesse dell'Istituto.	
Linea 1.3.2.2 Programmi di screening	
Obiettivo aziendale Realizzazione dei programmi di screening	Risultato atteso Vedi indicatori LEA
Attuazione al 31.12.2014 <u>Screening mammografico:</u> - la % di donne per cui l'esito finale del G2 clinico è disponibile entro 30 giorni dal primo approfondimento è del 95,39%; <u>Screening colon retto:</u> - la % di corretta ed esaustiva compilazione della cartella endoscopica è del 99,30%; - la % di casi con intervallo di giorni tra test positivo e colonscopia di approfondimento è del 100%	
Obiettivo aziendale Per le aziende con l'unità senologica Garantire una percentuale di controlli di secondo livello a 6 mesi / 1 anno (early recall) in linea con le raccomandazioni GISMA ed europee	Risultato atteso Percentuale di early recall per unità senologica (casi con esito di secondo livello "sospeso" / totale dei casi chiusi dall'unità senologica) <10%
Attuazione al 31.12.2014 7,29%	
Linea 1.3.2.3 Prevenzione infortuni e malattie professionali	
Medici Competenti delle aziende sanitarie	
Obiettivo aziendale Individuazione di una modalità uniforme di raccolta dati sulle idoneità dipendenti delle aziende sanitarie regionali	Risultato atteso Proporre un modello excel con variabili significative condivise ed omogeneo per il FVG per la raccolta dati delle idoneità espresse dai medici competenti delle aziende sanitarie / ospedaliere / universitarie utilizzabile sia per interventi preventivi, che per la corretta gestione dei casi di idoneità con limitazioni e prescrizioni.
Attuazione al 31.12.2014 Nel corso del 2014 sono stati organizzati 6 incontri dei medici competenti delle aziende sanitarie regionali (15.01, 02.04, 24.06, 05.08, 08.10, 09.12). Sono state approvate le variabili da utilizzare a livello regionale per la raccolta dati delle idoneità.	
Linea 1.3.3.1 Assistenza farmaceutica	
Obiettivo aziendale Contenimento della spesa farmaceutica territoriale e appropriatezza prescrittiva e assistenza integrativa	Risultati attesi 1. Incentivazione della prescrizione dei medicinali a brevetto scaduto, con particolare riferimento alle classi terapeutiche individuate dagli indicatori AIFA-MEF presenti sul sistema Tessera Sanitaria (TS). Le Aziende tenderanno alle percentuali target individuate dall'AIFA/MEF, con particolare riferimento a quelle indicate nell'Allegato, rilevate attraverso il Sistema TS. 2. Adozione di protocolli atti a favorire la prescrizione di biosimilari in ambito di area vasta, con particolare riferimento a somatotropina, epoietine, fattori di crescita granulocitari. Le aziende adottano specifici indicatori-obiettivi per monitorarne la prescrizione da parte dei centri autorizzati. 3. Distribuzione diretta (l ciclo)/ADI/ residenzialità: - Ad oggi tutte le ASS hanno avviato la distribuzione

	<p>per conto; viene comunque assicurata la distribuzione del primo ciclo in dimissione ospedaliera e dopo visita specialistica (favorendo la prescrizione in principio attivo e secondo il prontuario aziendale o di area vasta, con analisi a campione sulle schede di dimissione), anche secondo accordi interaziendali</p> <p>4. Medicinali di recente immissione sul mercato ad alto costo e destinati all'impiego territoriale (nuovi farmaci per l'epatite C e nuovi anticoagulanti orali): le aziende adottano i percorsi definiti a livello regionale e gli indicatori di monitoraggio correlati</p>
<p>Attuazione al 31.12.2014</p>	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Tramite distribuzione diretta si sono resi disponibili esclusivamente farmaci a brevetto scaduto o biosimilari su fornitura EGAS: la distribuzione avviene dopo prescrizione su PSM e registrata in giornata (targatura compresa). Il coefficiente di utilizzo è di 95,55% (€ 1.526 su € 1.597) per i farmaci a brevetto scaduto e 93% (€ 53.643 rispetto a € 57.722) per i biosimilari; 2. Si utilizza il sistema PSM che permette la selezione dei farmaci prescrivibili limitando la distribuzione a farmaci a brevetto scaduto e biosimilari secondo disponibilità EGAS; 3. È stata garantita la distribuzione primo ciclo in dimissione ospedaliera e dopo visita specialistica secondo gli accordi interaziendali in continuità con gli anni precedenti. Per tutto il 2014 il sistema PSM non disponeva di funzione di prescrivibilità per principio attivo: in ogni caso la distribuzione è avvenuta utilizzando farmaci a brevetto scaduto e biosimilari; 4. L'Istituto non ha distribuito farmaci ad alto costo destinati all'impiego territoriale in quanto non è un centro autorizzato alla cura dell'epatite C e non ha distribuito i nuovi anticoagulanti orali. 	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Contenimento della spesa ospedaliera e governo delle prescrizioni dei farmaci ad alto costo (appropriatezza prescrittiva)</p>	<p>Risultati attesi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La prescrizione dei medicinali soggetti a registro AIFA dovrà avvenire nel rispetto delle indicazioni prefissate, assicurando la registrazione di tutti i dati richiesti, al fine di assicurare appropriatezza d'uso e consentire il recupero di quanto dovuto in termini di cost-sharing, pay-back e risk sharing per i registri che risultano operativi; 2. A livello di area vasta, anche tramite il prontuario di area vasta, dovranno essere condivisi protocolli per l'utilizzo e la gestione di terapie farmacologiche ad alto costo, soprattutto quelle che richiedono un alto livello di integrazione ospedale-territorio; 3. La cartella oncologia informatizzata viene implementata relativamente ai campi: protocollo/farmaco, diagnosi/sede, stadiazione con un grado di completezza pari ad almeno il 95% dei pazienti: monitoraggio semestrale del raggiungimento dei parametri di completezza (al 30.06.2014, al 31.12.2014); 4. Flussi informativi verso le amministrazioni centrali (diretta-dpc-ospedaliera): assicurare l'implementazione e controllo della congruità dei dati entro il 10 di ogni mese, prevedendo la copertura della fase 3 della diretta pari ad almeno il 90%; 5. Le Aziende sanitarie implementeranno il sistema

	<p>SIASA-File F anche per i pazienti regionali al fine di quantificare la mobilità intra-regionale. Potranno alternativamente essere utilizzati altri sistemi validati e condivisi che forniscano le medesime informazioni. Invio alla Direzione centrale di un report con la composizione della distribuzione diretta in valori assoluti e percentuali, per ASS di residenza del paziente.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2014</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nei registri operativi è stato garantito il controllo sistematico dell'iscrizione dei pazienti nelle schede di registrazione AIFA. Da giugno quando l'operatività dei registri informativi è stata garantita, si è proceduto al recupero dell'arretrato ultimando nei primi mesi del 2015 le scritture utili al recupero di quanto dovuto in termini di cost-sharing, pay-back e risk sharing per i registri che risultano operativi; 2. Non è stato possibile condividere protocolli di area vasta per farmaci di alto costo con alto livello di integrazione ospedale – territorio, in quanto i componenti della commissione decaduti per quiescenza non sono stati sostituiti nel 2014; 3. E' stato garantito un monitoraggio mensile: la percentuale di completezza è pari a 99,34%; 4. L'attività è in linea con copertura della fase 3 della diretta superiore al 98% per tutti i mesi del 2014; 5. I dati della distribuzione diretta ai fini della quantificazione della mobilità intra-regionale sono disponibili in business object – universo della distribuzione diretta. 	
<p>Linea 1.3.3.2 Governo clinico e sicurezza delle cure</p>	
<p>Obiettivo aziendale Garanzia di livelli di qualità e sicurezza omogenei per le cure sanitarie sul territorio regionale con focalizzazione sui percorsi preventivo/diagnostico/clinico/terapeutici ed in relazione all'evoluzione del quadro europeo (direttiva 24/2011) e nazionale</p>	<p>Risultati attesi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Consolidamento dei programmi esistenti e trasmissione del monitoraggio degli indicatori individuati dal programma regionale del rischio clinico. 2. Avvio di valutazioni esterne tra operatori (es SafetyWalkAround) al fine di facilitare lo scambio di esperienze e il miglioramento continuo; 3. Focalizzazione sulla sicurezza nelle varie fasi dell'uso dei farmaci in tutte le articolazioni del SSR (dalla prescrizione, alla riconciliazione, alla somministrazione, ecc.) con speciale riferimento alla polifarmacoterapia nei pazienti anziani, all'uso degli antibiotici 4. Acquisizione progressiva e diffusa nelle varie articolazioni del SSR degli standard di sicurezza richiesti dalle istituzioni nazionali (es. eventi sentinella, buone pratiche), regionali (es. documenti sulle lesioni da decubito, sul rischio infettivo, ecc.) e dalla letteratura scientifica (es. Choosing wisely) 5. l'attenzione, partendo dai percorsi paziente riferiti alle patologie principali, nei confronti dell'appropriatezza dell'uso della diagnostica e delle terapie; 6. Sviluppo del raccordo e coordinamento delle diverse linee di lavoro esistenti su tema della sicurezza del paziente a livello regionale e aziendale che includano anche la sistematica relazione con i dati assicurativi e relativi al contenzioso;

	<p>7. Implementazione del principio di “trasparenza” mettendo progressivamente a disposizione dei cittadini e degli interessati i dati di performance del SSR anche nella logica richiesta dalla direttive UE 24/2011;</p> <p>8. Coinvolgimento dei pazienti rispetto ai temi della sicurezza sia nella logica di una maggior informazione che in quella di un loro ruolo attivo nella perseguimento del miglioramento continuo;</p> <p>9. Formazione continua del personale aziendale nei settori principali affrontati</p> <p>10. Definizione di piani di miglioramento per le proprie strutture che hanno registrato performance inferiori alla media nazionale, in coerenza con il Programma Nazionale Esiti.</p>
--	---

Attuazione al 31.12.2014

1. ad agosto 2014 è stata trasmessa la relazione relativa al I semestre 2014; a marzo 2015 è stata trasmessa la relazione relativa al II semestre 2014.

2. il CRO ha partecipato al tavolo regionale nel quale viene discusso anche questo tema. Al momento è stata svolta la formazione a livello nazionale alla quale hanno partecipato uno/due risk manager regionali.

3. è stato condotto il secondo monitoraggio del programma di riconciliazione farmacologica (secondo semestre 2014). Il CRO ha partecipato agli altri programmi regionali (lettera di dimissione, open disclosure, patient handbook, prevenzione delle infezioni, sicurezza procedure invasive ambulatoriali ecc.) che sono in varia fase di sviluppo.

Il CRO ha partecipato ai tavoli di lavoro regionali relativi al progetto di Antibiotic Stewardship (come da programma 2013) nei quali sono state elaborate le Linee Guida per la gestione delle polmoniti batteriche e per il controllo delle infezioni delle vie urinarie.

4.

- tutte le raccomandazioni sono state formalmente adottate in Istituto (prot. 9059/Accred del 12.06.2014), per la maggior parte è stata anche redatta una procedura ad hoc.
- il CRO partecipa al tavolo regionale sul tema degli standard internazionali. A tale proposito è stata predisposta una relazione contenente la revisione dello stato dell'arte (prot. 11076/Accred del 16/07/2014). È stata adottata la nuova linea guida regionale sulle LDD. Il CRO ha partecipato con proprio referente al tavolo regionale delle cadute accidentali (sono in corso di realizzazione le prossime indicazioni regionali).
- nel portale Agenas sono state inserite tre buone pratiche (riconciliazione farmacologica, identificazione del paziente, scheda unica di terapia).
- il CRO ha partecipato con il proprio esperto microbiologo al programma regionale antibiotico resistenza (prodotti database per la registrazione delle resistenze batteriche e indicazioni per la sorveglianza dei microrganismi alert).

5. Il CRO ha partecipato con i propri esperti al tavolo di lavoro regionale sull'antibiotic stewardship sul tema dei protocolli aziendali per il controllo delle infezioni delle vie urinarie e delle polmoniti batteriche e al tavolo della sicurezza nell'uso dei farmaci (riconciliazione farmacologica, farmaci ad alto livello di attenzione).

6. non sono state sviluppate indicazioni regionali.

7. non sono state sviluppate indicazioni regionali.

8. il CRO ha partecipato al programma regionale sul coinvolgimento dei pazienti rispetto ai temi della sicurezza e ai gruppi di lavoro regionali (patient handbook, open disclosure). E' inoltre stato ulteriormente implementato il programma Patient Education attivo al CRO, del quale alcune esperienze sono state riportate a livello regionale (vedi protocollo Ethic).

9. nel corso del 2014 si è svolta in istituto formazione sui diversi temi della sicurezza del paziente (igiene delle mani, isolamento, lesioni da decubito, riconciliazione farmacologica) e si è svolto, nel primo semestre,

un evento sulla sicurezza in istituto.

10. Sono state predisposte in ottemperanza alle procedure previste da PNE le analisi sulla correttezza della compilazione della SDO e della sua codifica per le patologie neoplastiche, principalmente attinenti alle vie digestive. In accordo con il Servizio di Epidemiologia della regione, che gestisce il programma nazionale esiti (PNE), si è stabilito di approfondire la piattaforma informativa, da utilizzare per l'audit, arricchendola con stadio e grado delle patologie oncologiche trattate. In ragione dell'avvio di un programma regionale di audit clinico su PNE si è concordato con il Servizio di Epidemiologia della regione di procedere all'avvio degli audit nel 2015, successivamente alla presentazione formale, da parte della Direzione nazionale di PNE, di tutti i risultati alle Direzioni sanitarie, ai Direttori di dipartimento e di SOC della regione.

Linea 1.3.3.3 Accreditamento

Obiettivo aziendale	Risultati attesi
Consolidamento del programma regionale di accreditamento istituzionale	<ul style="list-style-type: none"> - Prosecuzione del programma di accreditamento - Redazione/aggiornamento dei piani di adeguamento

Attuazione al 31.12.2014

il CRO ha messo a disposizione della Regione quattro professionisti valutatori.

In data 19.12.2014 emanato Decreto n. 1323/DICE di rinnovo autorizzazione/accreditamento a pieno titolo della branca di Medicina Trasfusionale per le attività svolte sotto il coordinamento della AOSMA e per le attività svolte in forma autonoma (raccolta, manipolazione/qualificazione, conservazione e distribuzione delle cellule staminali emopoietiche ai fini del trapianto autologo) dalla SOSD Trattamento Cellule Staminali – Terapie Cellulari del CRO.

Linea 1.3.3.5 Cure palliative

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Definizione dei percorsi assistenziali e delle reti nell'ambito delle cure palliative .	Prosecuzione dei lavori dei tavoli tecnici, finalizzati alla individuazione dei bisogni e alla definizione dei percorsi assistenziali per pazienti eleggibili alle cure palliative e terapia del dolore per l'età adulta.

Attuazione al 31.12.2014

Non sono stati convocati tavoli tecnici in regione. Il referente aziendale ha proseguito nel 2014 l'implementazione dei protocolli assistenziali sul territorio in collaborazione con il personale dedicato alle cure palliative della ASS 6. In particolare sono state avviate in maniera congiunta le prime visite domiciliari dei pazienti oncologici in cura al CRO ed è proseguita in tutta l'area vasta il posizionamento sotto eco-guida a domicilio di accessi venosi permanenti a scopo antalgico o nutrizionale.

Linea 1.3.3.6 Trapianti e attività del CRT

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Razionalizzazione delle attività di e-procurement	Monitoraggio ed evidenza di valutazione, da parte delle Aziende, di idoneità alla donazione di cornea/ tessuti non corneali dei deceduti in Ospedale.

Attuazione al 31.12.2014

Nel corso del 2014 sono state effettuate due procedure di prelievo di cornee. La procedura è ormai entrata nella prassi per quanto riguarda la sensibilizzazione alla donazione e le attività effettive di prelievo.

Linea 1.3.3.7 Piano sangue regionale: CRO di Aviano

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Contributo ai programmi regionali di appropriatezza e sorveglianza degli eventi avversi alla trasfusione	Contributo all'alimentazione del flusso informativo di cui è titolare AOPN

Attuazione al 31.12.2014

il CRO ha contribuito all'alimentazione dei flussi informativi in linea con gli indirizzi regionali in tema di qualità e sicurezza delle cure, di prevenzione degli eventi avversi e di gestione del rischio clinico.

Obiettivo aziendale Accreditamento della struttura trasfusionale	Risultato atteso Mantenimento dell'accREDITamento della struttura trasfusionale senza non conformità essenziali (per i requisiti di competenza)
--	---

Attuazione al 31.12.2014

La visita di AccredITamento Istituzionale per le attività di Medicina Trasfusionale si è svolta il 15 luglio per le attività la cui titolarità spetta ad AOSMA. Nella stessa occasione è stata individuata e distinta l'attività di Medicina Trasfusionale relativa alle cellule staminali la cui titolarità è del CRO attraverso la SOSD Trattamento cellule Staminali per Terapie Cellulari (TCS-TC), di cui al Decreto Regione FVG 1323/DICE. In linea con gli indirizzi regionali in tema di qualità e sicurezza delle cure, di prevenzione degli eventi avversi e di gestione del rischio clinico.

Linea 1.3.3.8 Reti di patologia

Obiettivo aziendale Ripresa del percorso assistenziale per le neoplasie di colon retto – mammella- polmone con la seguente suddivisione - AV.Giu. Isontina per le neoplasie del mammella - AV.Udinese per le neoplasie del polmone - AV.Pordenonese per le neoplasie della colon retto	Risultati attesi Le tre aree vaste 1. Entro il 30/06/2014 svilupperanno un documento di analisi e di valutazione dei percorsi esistenti, inclusi i principali costi evitabili e la definizione di un set di almeno 5 indicatori nelle tre dimensioni della qualità (clinico professionale, gestionale-organizzativa e della percepita dall'utente). 2. Entro 31/12/2014 ogni area vasta adotterà un documento che sarà costituito da una componente programmatica ed una organizzativa gestionale 3. Entro 31/12/2014 le aree vaste parteciperanno ad una conferenza di consenso e di condivisione delle esperienze fra le aree vaste
---	--

Attuazione al 31.12.2014

1. Concluso il documento metodologico per la costruzione del PDTA di Area Vasta delle neoplasie del colon retto, con l'analisi dei costi e degli indicatori richiesti. Inviato alla DCSISPSF con lettera del DG Prot. n.34189/DG del 30/6/2014;
2. Era prevista l'adozione del documento completo nel 2° semestre dell'anno, dopo l'integrazione con la componente clinica e gestionale: variazioni organizzative e di organico intercorse, non hanno permesso la conclusione del percorso;
3. La conferenza di consenso regionale per la condivisione delle esperienze di Area Vasta non è stata organizzata dal livello regionale.

Linea 1.3.4.9 Inserimento nel mondo del lavoro delle persone svantaggiate

Obiettivo aziendale Mantenimento e prosecuzione delle attività svolte nel 2013	Risultati attesi 1. Conclusione del programma 2013 2. Realizzazione del programma 2014
--	---

Attuazione al 31.12.2014

1. con decorrenza 11.03.2014 hanno preso servizio le 4 unità relative alle procedure avviate nel 2013 e relative alla programmazione del medesimo anno;
2. nei primi mesi del 2014 si è svolto un primo incontro con il funzionario del competente ufficio provinciale per discutere degli strumenti utilizzabili per coprire la quota d'obbligo per il 2014; era emersa la problematica del collocamento di una figura di centralista ipovedente, presente nelle liste di collocamento dell'ufficio provinciale; tale questione è stata risolta e dunque superata nel corso dell'estate 2014 poiché detta figura ha potuto trovare un'utile occupazione presso altro ente pubblico. Conseguentemente l'avvio delle procedure per l'acquisizione presso il CRO, in analogia a quanto avvenuto l'anno precedente, delle n.4 figure relative alla quota d'obbligo 2014 ha subito uno slittamento all'autunno. Entro la fine d'anno l'ufficio provinciale ha trasmesso la lista dei candidati da

sottoporre a selezione (procedura per chiamata nominativa). La selezione si è svolta nella prima parte dell'anno 2015.

1. Monitoraggio degli obiettivi contenuti nel Patto annuale per l'anno 2014 ai fini della valutazione annuale dei direttori generali degli enti del SSR e della corresponsione della quota integrativa al trattamento economico

1) Tempi di Attesa

Obiettivo	Risultato atteso	Modalità di valutazione
Garanzia del rispetto degli standard previsti per i tempi di attesa.	Tutti i tempi d'attesa previsti dalla DGR 1439/2011 sono rispettati.	L'obiettivo si intende raggiunto se vengono rispettati gli standard previsti per ogni prestazione definita dalla DGR 1439/2011 e dalla DGR 2305/2013 nell'ambito di competenza dell'Area Vasta. L'eventuale mancato rispetto degli standard previsti comporta la penalizzazione per tutte le Aziende appartenenti all'Area Vasta con il seguente meccanismo: - entro il 2% di mancato rispetto su tutte le osservazioni: obiettivo raggiunto al 100% - oltre il 10% di mancato rispetto su tutte le osservazioni: obiettivo raggiunto 0% - dal 2% al 10% di mancato rispetto su tutte le osservazioni: obiettivo raggiunto in quota proporzionale I monitoraggi validi ai fini del riconoscimento del punteggio sono: 2°, 3° e 4° monitoraggio regionale anno 2014.

Risultato ottenuto al 31.12.2014

Prestazioni ambulatoriali				Monitoraggio			Tempo senza priorità	
	Prestazione (per il codice di intervento / diagnosi e codice di priorità fare riferimento alla DGR 1439/2011)	Sedi	Priorità regionale	Lug.	Ott.	Dic.		
1	Visita cardiologica	2	X	6	6	6		
2	Visita chirurgia vascolare						30	ne
3	Visita endocrinologica						30	ne
4	Visita neurologica			1	1	1	30	
5	Visita oculistica		X	esclus.	esclus.	2		
6	Visita ortopedica	2	X	esclus.	esclus.	6		
7	Visita ginecologica	2		1	2	2	30	
8	Visita otorinolaringoiatria		X	esclus.	esclus.	3		
9	Visita urologica		X	esclus.	esclus.	3		
10	Visita dermatologica		X	esclus.	2	3		
11	Visita fisiatrica			1	1	1	30	
12	Visita gastroenterologica		X	esclus.	3	3		
13	Visita oncologica			1	1	1	10	
14	Visita pneumologica			1	0	1	30	
15	Mammografia			1	1	1	60	
16	TAC Torace	2		2	2	2	60	
17	TAC Addome superiore	2		2	2	2	60	
18	TAC Addome inferiore	2		2	2	2	60	
19	TAC Addome completo	2		2	2	2	60	
20	TAC Capo	2		2	2	2	60	

21	TAC Rachide e speco vertebrale	2		2	2	2	60
22	TAC Bacino	2		2	2	2	60
23	RM Cervello e tronco encefalico			1	1	1	60
24	RM Pelvi, prostata e vescica			1	1	1	60
25	RMN Muscoloscheletrica			1	1	1	60
26	RMN colonna vertebrale			1	1	1	60
27	Ecografia capo collo	2		2	2	2	60
28	Ecocolordoppler cardiaca			1	1	1	60
29	Ecocolordoppler dei tronchi sovra aortici			1	1	1	60
30	Ecocolordoppler dei vasi periferici			1	1	1	60
31	Ecografia Addome inf, sup, completo	2	X	6	6	6	
32	Ecografia mammella			1	1	1	60
33	Colonscopia		X	esclus.	3	3	
34	Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile		X	esclus.	3	3	
35	Esofagogastroduodenoscopia		X	esclus.	3	3	
36	Elettrocardiogramma	2		2	2	2	60
37	Elettrocardiogramma holter			1	1	1	60
38	Elettrocardiogramma da sforzo			1	1	1	60
39	Audiometria			1	1	1	60
40	Spirometria			1	1	1	60
41	Fondo Oculare			1	1	1	60
42	Elettromiografia			1	1	1	60
43	Chemioterapia			1	1	1	30

Prestazioni di ricovero (Day Hospital / Day Surgery/ (ambulatorio)

44	Chemioterapia			1	1	1	30 gg	
45	Cataratta			1	1	1	180gg	
46	Coronarografia						30 gg	ne

prestazioni in ricovero ordinario

47	interventi chirurgici tumore mammella			1	1	1	30 gg	
48	interventi chirurgici tumore prostata			1			30 gg	
49	interventi chirurgici tumore colon retto			1	1	1	30 gg	
50	interventi chirurgici tumore utero			1	1	1	30 gg	
51	interventi chirurgici tumore rene			1	1		30 gg	
52	interventi chirurgici tumore vescica						30 gg	
53	By pass aorto coronarico						180 gg	ne
54	Angioplastica coronarica			1	1	1	30 gg	
55	Protesi valvolare						180 gg	ne

56	Coronarografia			1	1	1	30 gg
57	Endoarteriectomia carotidea			1	1	1	60 gg
58	Intervento protesi d'anca			1	1	1	180 gg
59	Interventi chirurgici tumore del polmone			1	1	1	30 gg
60	Tonsillectomia			1	1	1	180 gg

ne= non erogato

1=tempo rispettato

0=tempo non rispettato

N. tempi rispettati		233
N. osservazioni		243
%		95,9

Nota : In ogni cella sono conteggiate il numero delle osservazioni conformi al tempo massimo di attesa previsto per quella prestazione.

Sono state valutate tutte le prestazioni previste dal patto ad esclusione di quelle relativa ai Referti e i trattamenti radioterapici come da indicazioni della DCSISPS. Le fonti utilizzate sono i monitoraggi formalmente trasmessi dalle aziende di Area Vasta alla DCSISPS, inserendo al denominatore tutte le osservazioni effettuate anche per i soli criteri clinici di priorità regionali (gli unici applicati e condivisi in AV) e le doppie sedi.

Esclus.= escluso dal monitoraggio regionale.

2) Assistenza ospedaliera

obiettivo aziendale	risultato atteso	Modalità di valutazione
Ridurre il tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico	Miglioramento del 10% rispetto al valore 2013 del tasso di ricovero diurno medico di tipo diagnostico.	La valutazione è fatta sui ricoveri dal 01.07.2014 al 31.12.2014. 100% di raggiungimento se miglioramento \geq 10% Non raggiungimento se miglioramento $<$ 10%
risultato ottenuto al 31.12.2014		
ANNO 2013: 70,13%		
ANNO 2014 (luglio-dicembre): 1,23%		

3) Spesa farmaceutica territoriale

obiettivo aziendale	risultato atteso	Modalità di valutazione
Costo procapite farmaceutica territoriale	€ 161	La rilevazione del costo verrà effettuata sulla spesa per la farmaceutica territoriale così determinata: - spesa convenzionata netta; - diretta di classe A: al netto di nota 65 e di riclassificati con determinazione AIFA 2.11.2010; - DPC: costo totale (acquisto+servizio) al netto dei riclassificati
risultato ottenuto al 31.12.2014		
		Valori
Finanziamento 2014 FVG		€ 161,00
Costo pro capite far. Territoriale 2013		€ 167,5
Costo pro capite far. Territoriale 2014		€ 172,27
delta costo 2014-finanziamento (pro-capite)		+€ 11,27

La spesa 2014 per un paziente emofilo in farmaceutica territoriale è stata € 1.628.550: al netto di tale spesa l'indicatore risulterebbe: 167,25, in linea con il valore 2013, comunque superiore al finanziamento attribuito.

4) Prescrizione generici

obiettivo aziendale	risultato atteso	Modalità di valutazione
Indicatori MEF/AIFA presenti sul portale Tessera Sanitaria (TS)	Percentuale di prescrizione di medicinali a brevetto scaduto rispetto al totale della categoria: <ul style="list-style-type: none"> - F1 sartani non associati (C09CA): 79,3% - F2 sartani associati a diuretici (C09DA): 60,6% - F3 statine (C10AA): 82,8%; - F4 agonisti selettiva dei recettori 5HT1 (N02CC): 30,4% - F5 altri antiepilettici (N003AX): 69,7% - F6 SSRI (N06AB): 78,6% - F7 altri antidepressivi (N06AX): 57,2% 	Rilevazione indicatori da sistema TS

risultato ottenuto al 31.12.2014

L'andamento della percentuale di prescrizioni di medicinali a brevetto scaduto rispetto al totale della categoria, nell'anno 2014 è il seguente:

Gruppo terapeutico	6 mesi 2014	9 mesi 2014	12 mesi 2014	TARGET FVG
sartani non associati (C09CA)	83,0%	83,0%	82,9%	79,3%
sartani associati a diuretici (C09DA)	62,8%	68,3%	71,0%	60,6%
statine (C10AA)	74,5%	74,4%	74,6%	82,8%
agonisti selettiva dei recettori 5HT1 (N02CC)	42,0%	41,7%	41,3%	30,4%
altri antiepilettici (N03AX)	60,6%	60,9%	60,8%	69,7%
SSRI (N06AB)	76,0%	82,9%	86,4%	78,6%
altri antidepressivi (N06AX)	43,1%	44,1%	43,9%	57,2%
adrenergici e altri farmaci per disturbi ostruttivi (R03AK)	STRALCIATO			

5) Beni e servizi

obiettivo aziendale	risultato atteso	Modalità di valutazione
Gestione dei dispositivi medici	Raggiungimento di una copertura percentuale almeno pari al 75% della spesa rilevata per i dispositivi medici con numero di banca dati/repertorio del Ministero della salute in rapporto al totale della spesa rilevata dal modello del conto economico per le voci BA0220 e BA0230	Fatto/non fatto entro il 31.12.2014

risultato ottenuto al 31.12.2014

89,69% (fonte dati: Business object – universo consumi economici)

obiettivo aziendale	risultato atteso	Modalità di valutazione
Utilizzo dei prodotti acquisiti attraverso le gare centralizzate effettuate dal Dipartimento servizi condivisi	Raggiungimento di un utilizzo superiore al 90%	Fatto/non fatto entro il 31.12.2014

risultato ottenuto al 31.12.2014

Detratte dal conteggio le voci relative all'acquisto di prodotti per la ricerca o in privata (gare non gestite dall'EGAS e CONSIP), la percentuale di acquisto di prodotti gestiti dall'EGAS è pari a 91,52%.

6) Generale

obiettivo aziendale	risultato atteso	Modalità di valutazione
Valutazione del clima interno	Partecipazione alle attività propedeutiche e adesione al questionario regionale prodotto nel network bersaglio per la rilevazione condotta nei mesi di novembre e dicembre	Fatto/non fatto
risultato ottenuto al 31.12.2014		
L'Istituto ha partecipato alle attività propedeutiche e ha aderito all'indagine di clima interno, organizzata dal Laboratorio Management e Sanità delle Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa (nota prot. 18570/DG del 18.11.2014)		
obiettivo aziendale	risultato atteso	Modalità di valutazione
Valutazione del clima esterno	Somministrazione di questionario cartaceo per un processo chirurgico, con consegna delle schede alla Direzione Centrale Salute entro il 15 dicembre 2014	Fatto/non fatto
risultato ottenuto al 31.12.2014		
Il questionario cartaceo è stato somministrato e le schede sono state trasmesse alla Direzione Centrale Salute entro il termine richiesto.		

2. Indicatori LEA

N.	Definizione	Significato	Ambito di rilevazione	Standard Obiettivo	Valore medio regionale 2014	Valore 2013	Valore 2014
24	Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico	Indicatore di appropriatezza dei ricoveri in day hospital L'obiettivo raggiunto: - al 100% se il tasso è ≤ 10 - al 50% se il tasso è ≤ 30	Area Vasta	≤10	6,86	8,78	3,12
25	Percentuale di ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari	Indicatore di attività dell'assistenza ospedaliera. Verifica l'utilizzo appropriato della struttura ospedaliera dedicata prevalentemente all'attività chirurgica.	Ospedale	≥36%	41,59	39,26	40,48
26	Tasso di ospedalizzazione standardizzato di ricoveri ordinari (di 2 o più giornate) attribuiti a DRG a alto rischio di inappropriatezza (Patto della salute 2010-2012)	Indicatore di inappropriatezza del setting assistenziale. Si basa sull'elenco dei 108 DRG ad alto rischio di inappropriatezza se erogati in regime ordinario Obiettivo raggiunto: -al 100% se è ≤ 23 - al 50% se è ≤ 60	Area Vasta	≤ 23	16,4	17,84	18,07
29	Degenza Media Standardizzata per il case-mix (x DRG comuni)	Indicatore di efficienza delle strutture ospedaliere. Tiene conto del case-mix trattato	Ospedale	≤6	8,09	7,56	7,95
30	Indice di case mix	Esprime la complessità relativa della casistica trattata nelle strutture locali utilizzando la performance dell'organizzazione di riferimento.	Ospedale		1,19	1,09	1,14
31	Percentuale di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici	L'indicatore misura l'adeguato utilizzo delle risorse. I reparti chirurgici sono dotati di attrezzature complesse e risultano maggiormente onerosi pertanto dovrebbero accogliere pazienti che si sottopongono a un intervento chirurgico.	Ospedale		26,9	5,94	6,78
32	Percentuale di ricoveri ordinari medici brevi (0-2 gg) sul totale dei ricoveri ordinari medici	L'indicatore misura l'appropriatezza del ricorso all'ospedalizzazione soffermandosi su quella frazione di ricoveri erogabili in ricovero diurno o a livello distrettuale.	Ospedale		22,9	43,07	41,86
33	Percentuale di ricoveri ordinari medici oltre soglia sul totale dei ricoveri ordinari medici di pazienti con età maggiore o uguale a 65 anni	L'indicatore valuta la percentuale di ricoveri caratterizzati da una degenza prolungata che potrebbe indicare la presenza di inefficienza sia di natura tecnico-operativa propria della struttura erogatrice	Ospedale		1,82	0,88	2,29
34	PREVENZIONE: Qualità del secondo livello del programma di screening della mammella	Migliorare le performance dei programmi organizzati di screening: misura del tempo tra la data del primo approfondimento e la data in cui è reso definitivo l'esito nel G2 Clinico	Azienda sanitaria- Area Vasta	90%	95,88	95,26	95,39
35	PREVENZIONE: Qualità del secondo livello del programma di screening del colon retto	Corretta ed esaustiva compilazione della cartella endoscopica del programma di screening	Azienda sanitaria- Area Vasta	≥ 95%	94,1	98,7	99,3
36	PREVENZIONE: Qualità del secondo livello del programma di screening del colon retto	Migliorare le performance dei programmi organizzati di screening: misura del tempo di attesa tra l'esito del Fobt e la Colonscopia	Azienda sanitaria- Area Vasta	≥ 90%	91,48	95,33	100

3. Attività di ricovero

Numero dimessi				
per regime di ricovero	2013	2014	Var.	Var. %
Ordinari	4.136	3.962	-174	-4,21%
Day hospital	4.159	3.430	-729	-17,53%
TOTALI	8.295	7.392	-903	-10,9%

Numero Day Hospital - per tipologia DRG e per tipo di degenza				
D.R.G. medico	2013	2014	Var.	Var. %
Day hospital ciclo	2.058	2.130	72	3,50%
Day hospital 1 G.	1.310	608	-702	-53,59%
D.R.G. chirurgico				
Day surgery	308	206	-102	-33,12%
altri day hospital	483	486	3	0,62%
TOTALI	4.159	3.430	-729	-17,53%

Percentuali dimessi per provenienza paziente	2013	2014
Regionali	48,00%	47,94%
extra-regionali	52,00%	52,06%

Complessità casistica attività di ricovero ordinario				
	2013	2014	Var.	Var. %
Indice di case mix	1,09	1,14	0,05	4,59%
Peso medio DRG	1,28	1,36	0,07	5,73%

Valore DRG (tariffe FVG di fascia B)				
per regime di ricovero	2013	2014	Var.	Var. %
ORDINARI	€ 16.898.128	€ 17.098.076	€ 199.948	1,2%
DH	€ 8.538.527	€ 8.628.531	€ 90.004	1,1%
TOTALI	€ 25.436.655	€ 25.726.607	€ 289.952	1,14%

Per quanto riguarda l'attività di ricovero in regime ordinario, il confronto con il 2013 evidenzia una riduzione dei ricoveri (-4,21%) con un incremento della complessità della casistica trattata rappresentata dal peso medio DRGs (+5,73%) e dall'indice di case mix (+4,59%).

L'attività di ricovero in day hospital è stata, invece, caratterizzata da un progressivo trasferimento dell'attività di day hospital medico di tipo diagnostico verso un più appropriato setting assistenziale con conseguente contrazione del numero di ricoveri medici di 1 giorno. Quest'ultima tendenza trova conferma nel fatto che la proporzione dei casi di day hospital medici diagnostici sul totale dei casi di day hospital medici erogati è passata dal 70,13% (valore 2013) al 60,94% (primo semestre 2014) e al 1,23% (secondo semestre 2014) (indicatore contenuto nel patto tra Regione e Direttore Generale).

Si registra, inoltre, un aumento dei day hospital ciclici con un aumento del numero di accessi.

La valorizzazione economica dei DRG, calcolata sulla base delle tariffe FVG di fascia B, evidenzia un incremento del 1,14% rispetto ai risultati 2013.

4. Attività specialistica ambulatoriale

Attività di specialistica ambulatoriale	Anno 2013	Anno 2014
numero complessivo di prestazioni specialistiche per esterni	378.740	396.819

L'attività ambulatoriale è stata, nel suo complesso, contraddistinta da un aumento del numero di prestazioni di specialistica per esterni a fronte di una diminuzione del corrispettivo economico determinata in parte dalla riduzione delle tariffe FVG di alcune prestazioni (PET/CT e RMN).

5. Attività scientifica

Attività di ricerca	Anno 2013	Anno 2014
Numero pubblicazioni	255	227
Impact factor	1.060,7	964,9

6. Personale strutturato

Forza Lavoro al 31 dicembre	Anno 2013	Anno 2014
Ruolo sanitario	397,90	389,63
Ruolo professionale	2	2
Ruolo tecnico	136,03	135,23
Ruolo amministrativo	63,03	65,57
totali	598,97	592,43

La tabella non considera il personale a tempo determinato finanziato con fondi di ricerca.

7. Conto Economico

Conto Economico redatto secondo lo scheda regionale	Anno 2013	Anno 2014
VALORE DELLA PRODUZIONE	94.865.475,0	90.970.692,0
COSTI DELLA PRODUZIONE	(90.639.809,0)	(86.308.430,0)
Acquisti di beni	(28.565.817,0)	(27.627.260,0)
Acquisti di servizi	(13.293.561,0)	(11.517.817,0)
Godimento di beni di terzi	(1.032.189,0)	(483.749,0)
Costi del personale	(38.066.971,0)	(37.255.530,0)
Costi generali ed oneri diversi di gestione	(3.821.245,0)	(3.986.160,0)
Ammortamenti e svalutazioni	(4.585.949,0)	(5.040.615,0)
Variazione delle rimanenze	32.888,0	(359.124,0)
Accantonamenti per rischi	(1.306.965,0)	(38.175,0)
PROVENTI E ONERI FINANZIARI	(340.360,0)	(349.691,0)
PROVENTI E ONERI STRAORDINARI	(76.397,0)	1.362.458
Imposte sul reddito dell'esercizio	(58.084,0)	(58.502,0)
UTILE/PERDITA DELL'ESERCIZIO	3.750.825,0	5.616.527,0

8. Indicatori di economicità

Rapporto percentuale tra totale dei costi della produzione e totale ricavi dell'Ente

Rapporto: Costi della produzione/Totale ricavi

Rappresenta il costo percentuale dell'attività caratteristica dell'Ente rispetto al totale dei ricavi.

Parametro di riferimento: inferiore al 100%

	31 dicembre 2013	31 dicembre 2014
Costi della produzione	90.639.809	86.308.430
Totale ricavi	95.945.754	92.490.968
C.R.O.	94,47%	93,32%

Rapporto percentuale tra il costo del personale ed il totale dei ricavi dell'Ente

Rapporto: Totale costo del personale (tutte le qualifiche)/Totale ricavi

Rappresenta l'incidenza del costo del personale sul totale ricavi dell'Ente.

Parametro di riferimento: inferiore all'80%

	31 dicembre 2013	31 dicembre 2014
Totale costo del personale	40.361.673	39.560.648
Totale ricavi	95.945.754	92.490.968
C.R.O.	42,07%	42,77%

Rapporto percentuale tra l'ammortamento (o costo equivalente annuo: leasing, noleggio, ecc) delle attrezzature sanitarie ed il totale ricavi dell'attività di assistenza

Rapporto: Totale ammortamento attrezzature sanitarie/Totale ricavi

Parametro di riferimento: superiore al 2%

	31 dicembre 2013	31 dicembre 2014
Totale ammortamento attrezzature sanitarie	2.574.230	2.453.207
Totale ricavi	95.945.754	92.490.968
C.R.O.	2,68%	2,65%

Rapporto percentuale tra il costo totale di acquisto di beni e servizi e il totale dei ricavi dell'Ente

Rapporto: Totale costo di acquisto di beni e servizi/Totale ricavi

Rappresenta l'incidenza del costo di acquisto di beni e servizi sul totale ricavi dell'Ente

Parametro di riferimento: inferiore al 40%

	31 dicembre 2013	31 dicembre 2014
Totale acquisti di beni e servizi	41.859.378	39.145.077
Totale ricavi	95.945.754	92.490.968
C.R.O.	43,63%	42,32%

Rapporto percentuale tra il costo di acquisto del materiale sanitario e il totale dei ricavi dell'Ente

Rapporto: Totale costo materiale sanitario/Totale ricavi

Rappresenta l'incidenza del costo del materiale sanitario sul totale ricavi dell'Ente

Parametro di riferimento: inferiore al 25%

	31 dicembre 2013	31 dicembre 2014
Totale costo materiale sanitario	27.329.524	26.276.383
Totale ricavi	95.945.754	92.490.968
C.R.O.	28,48%	28,41%

4 Gestione per budget

4.1 Definizione degli obiettivi

Partendo dagli obiettivi strategici definiti nel programma annuale, l'Istituto ha avviato il percorso di budget attraverso il quale i responsabili delle "unità operative" sono stati portati a conoscenza dell'evoluzione definitiva della programmazione aziendale per il 2014 e hanno concertato con le direzioni dell'Istituto le modalità più adeguate per conseguire gli obiettivi a questo assegnati con le risorse disponibili.

Il percorso si è sviluppato secondo la seguente cronologia:

1. individuazione dei criteri per la predisposizione delle schede di budget 2014 ed esame degli stessi da parte dell'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance (OIVP) in data 21 gennaio 2014;
2. svolgimento della prima serie di incontri di programmazione delle attività e condivisione dei macro obiettivi per l'anno 2014 tra la direzione strategica e le strutture operative aggregate per dipartimento nelle giornate del 16 e 21 gennaio e del 6 e 10 febbraio 2014;
3. incontri di discussione all'interno dei singoli dipartimenti finalizzati ad individuare obiettivi specifici coerenti con il mandato assegnato dalla direzione strategica e successivo invio alla direzione strategica;
4. predisposizione della documentazione di budget da parte della direzione strategica;
5. confronto conclusivo nelle giornate del 26 febbraio, 10 e 11 marzo 2014 tra direttori di dipartimento, i responsabili di struttura operativa e le posizioni organizzative aggregati per dipartimento;
6. predisposizione definitiva delle schede di budget da parte della direzione strategica;
7. trasmissione delle schede ai responsabili di budget con invito a restituirne copia firmata dal direttore di dipartimento, dal responsabile di struttura e dalla posizione organizzativa (invio in data 04 aprile 2014);
8. predisposizione da parte delle direzioni delle schede di budget delle strutture/uffici delle tecnostrutture sanitaria, scientifica e amministrativa e delle funzioni di staff del Direttore Generale (nel mese di aprile 2014);
9. presa atto conclusione del percorso di definizione del budget 2014 (delibera del direttore generale n. 107 del 23.04.2014).

Gli obiettivi/progetti contenuti nelle schede di budget contengono obiettivi quantitativi e qualitativi, rappresentano la prosecuzione delle azioni intraprese negli anni precedenti e sono coerenti con le finalità contenute nella programmazione aziendale 2014.

Nelle diverse schede di budget gli obiettivi strategici aziendali sono stati declinati in obiettivi operativi distinti in obiettivi incentivati (il raggiungimento influisce sulla valutazione individuale e sulla retribuzione di risultato in base ai pesi assegnati) e in obiettivi di mandato (il raggiungimento influisce solo sulla valutazione individuale del personale).

Sono stati, inoltre, individuati due obiettivi che rappresentano la preconditione per la valutazione positiva di tutti gli altri obiettivi incentivati:

- contenimento dei consumi di prodotti farmaceutici per i direttori delle strutture di oncologia e Terapia Cellulare e Chemioterapia ad Alte Dosi;
- rispetto dell'equilibrio di bilancio per i direttori delle altre strutture complesse.

Con deliberazioni del direttore generale n. 55-56-57/2015 sono stati, inoltre, individuati e

assegnati alla varie strutture operative/direzioni/dipartimenti gli obiettivi correlati alle risorse aggiuntive regionali per l'anno 2014 nell'ambito delle aree prioritarie individuate dalla Regione con le DGR 847/2014, 848/2014 e 849/2014.

Con le stesse deliberazioni sono stati definitivi dei progetti individuali in riferimento allo svolgimento di attività ritenute di particolare rilievo aziendale.

4.2 Percorso di monitoraggio degli obiettivi/progetti

Verifiche intermedie schede di budget

Nel corso del 2014 è stato garantito, ed allegato alla reportistica direzionale mensile, un monitoraggio degli obiettivi di budget incentivati. Gli scostamenti sono stati analizzati dalla Direzione Strategica con i responsabili delle Strutture Operative.

Le schede di monitoraggio infrannuale del budget 2014 sono state esaminate dall'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance in data 23/10/2014 (Verbale n.4).

Valutazione annuale schede di budget

Alla chiusura dell'esercizio di budget si è proceduto alla verifica dei risultati raggiunti rispetto agli obiettivi assegnati nelle diverse schede di budget.

Il raggiungimento degli obiettivi è stato attestato in prima istanza dalla direzione strategica di competenza sulla base di propri strumenti di monitoraggio o avvalendosi della documentazione prodotta dai responsabili che hanno partecipato al percorso di budget 2014.

Il processo di validazione delle risultanze da parte dell'OIVP si è concluso in data 19 giugno 2015.

Complessivamente tutte le strutture/dipartimenti/direzioni hanno avuto una valutazione superiore al 93%, così come risulta dalle singole schede di budget.

4.3 Valutazione della performance individuale

Il ciclo della performance si chiude con la valutazione individuale del personale dipendente.

Negli ultimi anni l'Istituto ha avviato un processo di valutazione della performance individuale differenziato a seconda che si tratti di personale dirigente o non dirigente.

La valutazione individuale della dirigenza analizza e misura in modo trasparente la performance dei dipendenti e valorizza il loro impegno e i loro risultati.

Lo strumento utilizzato è rappresentato da una scheda di valutazione in formato excel ed è articolata in 7 dimensioni:

per i direttori di struttura complessa:

- caratteristiche comportamentali,
- collaborazione e partecipazione multidisciplinare,
- capacità organizzative,
- gestione risorse umane,
- innovazione tecnologica,
- contributo individuale alle attività relativa agli obiettivi di budget dell'anno in corso
- attività scientifiche e didattiche

per i dirigenti:

- caratteristiche comportamentali,
- collaborazione e partecipazione multidisciplinare,
- capacità organizzative,
- qualità e formazione professionale,

- rapporti con i Cittadini o rapporti interni/esterni con e per conto dell'Istituto,
- contributo individuale alle attività relative agli obiettivi di budget dell'anno in corso
- attività scientifiche e didattiche.

Le diverse dimensioni sono "pesate" attraverso coefficienti di correzione variabili che contribuiscono a rendere il punteggio coerente con le responsabilità dirigenziali attribuite. Ciascuna dimensione è scomposta in più fattori di osservazione, il cui valore medio moltiplicato per il coefficiente fornisce il valore della dimensione.

Tra i fattori di osservazioni sono ricompresi anche gli obiettivi descritti nella scheda di budget al fine di rendere coerenti i due strumenti di valutazione.

La valutazione individuale del comparto è effettuata tramite una scheda semplificata che considera due dimensioni: contributo individuale agli obiettivi di budget di gruppo e componenti professionali ed organizzative.

La valutazione individuale positiva rappresenta, sia per la dirigenza che per il comparto, la condizione per accedere ai sistemi di incentivazione. Non vi sono graduazioni ulteriori di valutazione all'intero di un giudizio positivo complessivo.

Per l'anno 2014 la valutazione della performance individuale del personale del comparto si è conclusa in data 19 giugno 2015 e tutte le schede sono positive. Per quanto riguarda la valutazione del personale della dirigenza, è in corso la procedura di valutazione di prima istanza da parte del responsabile della struttura a cui appartiene il dirigente valutato o, comunque, del suo diretto superiore con gli stessi criteri utilizzati negli anni precedenti. La valutazione di seconda istanza di competenza dell'OIVP verrà svolta durante la prossima riunione fissata per il 06 agosto 2015.

Aviano, 05 agosto 2015

Il Direttore Generale
Dott. Ing. Mario Tubertini



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: CRISTINA ANDRETTA
CODICE FISCALE: NDRCST65R67G888L
DATA FIRMA: 28/09/2015 15:11:58
IMPRONTA: B80468DD8C477F29D64352806E912CECBDEE910CF07CECB3B81303560CEEF7C
BDEE910CF07CECB3B81303560CEEF7C2E40BF9F769EE89401364F3A08E44989
2E40BF9F769EE89401364F3A08E44989BC17CC75D9FC80F2E801992875E5DA71
BC17CC75D9FC80F2E801992875E5DA714CB923A198C09FEBAAA163747EB391B0

NOME: RAFFAELLA CATTARUZZA
CODICE FISCALE: CTTRFL70L64A5160
DATA FIRMA: 28/09/2015 15:27:20
IMPRONTA: 4A1C325AFB04BFB9133013AA34E012378D235E29526E15D9C8829E57A6AE8789
8D235E29526E15D9C8829E57A6AE8789DDD27835D262267DFDD6E889F5D8A39
DDD27835D262267DFDD6E889F5D8A39790780528E78094690DDD28EE786EDA2
790780528E78094690DDD28EE786EDA248BB48315F5E846ECCB617F98C8724F6

NOME: ALESSANDRO FALDON
CODICE FISCALE: FLDLSN63E04C957S
DATA FIRMA: 28/09/2015 16:52:25
IMPRONTA: 4CABAE3278B673534054B8B3E82D7A91AF7C99386A1AFE8F0764DF0BECF0AC56
AF7C99386A1AFE8F0764DF0BECF0AC566414CB9E1996D61B2A9E1CA36BBD4F31
6414CB9E1996D61B2A9E1CA36BBD4F31F0200CF30C970EC2C83FA227AF2103E9
F0200CF30C970EC2C83FA227AF2103E9CEC1BF91777902E53B1904D1CB1EA063

NOME: PAOLO DE PAOLI
CODICE FISCALE: DPLPLA55S18L483A
DATA FIRMA: 29/09/2015 17:13:04
IMPRONTA: EC5FE67D7C66A5511353AADAC113E82E1ECA531C95E4DDEA9736AB9D6F697051
1ECA531C95E4DDEA9736AB9D6F697051CFFDBEE82056A1B6A708D49BDBFA8009
CFFDBEE82056A1B6A708D49BDBFA800916FBD3AC4A97C1FD0960C45AABC94A71
16FBD3AC4A97C1FD0960C45AABC94A71B9C8EBF75F9D9E7D0087CF7DDEE333CCC

NOME: RENZO ALESSI
CODICE FISCALE: LSSRNZ55C20G2240
DATA FIRMA: 29/09/2015 17:25:59
IMPRONTA: 7C5DDFC6364171BDB874628A88C4413979892A45E0411326FB1256B84A186D2E
79892A45E0411326FB1256B84A186D2E1BE70BFACD4F7457FB56BD1C635D07E4
1BE70BFACD4F7457FB56BD1C635D07E4858A3BF9A4D86D94D58D82BC89E4AC36
858A3BF9A4D86D94D58D82BC89E4AC36829EBA63348A3DEF875387A695307E0A

NOME: MARIO TUBERTINI
CODICE FISCALE: TBRMRA55P23C265V
DATA FIRMA: 29/09/2015 17:47:36
IMPRONTA: 4E42DF69892F2212FFFBE6CDCBB7DD655CFC5CE9A8D46C84E1F8D1AE8B9AE77E
5CFC5CE9A8D46C84E1F8D1AE8B9AE77EBA80B487DC6EAF5BF9ADE7AAAA1E50D9
BA80B487DC6EAF5BF9ADE7AAAA1E50D9D07AA4D7BC22A61C2EE6AC39B0B5DB57
D07AA4D7BC22A61C2EE6AC39B0B5DB57D5F5374DD4873FE277C8BBF7EFA0B38F

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 30/09/2015, ai sensi dell'art. 32, comma 1, della Legge 18.06.2009, n. 69.

CERTIFICATO DI ESECUTIVITÀ

La presente deliberazione è divenuta esecutiva il 30/09/2015, 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 30/09/2015

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: 30/09/2015 13:36:02

IMPRONTA: B555FBCBCB627207D650EDB014F34942BC269D301CF81224E068BF8A912E38B2
BC269D301CF81224E068BF8A912E38B2E83BA38F41F75A0C19DF4465120F88B5
E83BA38F41F75A0C19DF4465120F88B5ECBFE1EC7C9F58F53A13330EE099A3A7
ECBFE1EC7C9F58F53A13330EE099A3A785A03C6BFA432AADC7EE46B5967E92B2