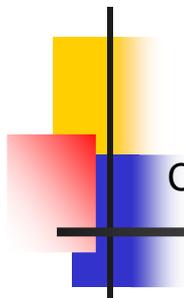
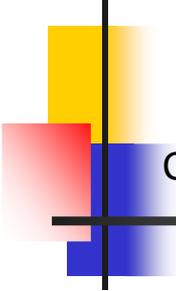


Allegato B alla delibera n. 211 del 04.12.2013



Centro di Riferimento Oncologico - AVIANO

MONITORAGGIO ANNUALE SCHEDE DI BUDGET 2012



Centro di Riferimento Oncologico -AVIANO

MONITORAGGIO ANNUALE SCHEDE DI BUDGET 2012

personale del comparto dei
dipartimenti

ASSISTENZA FARMACEUTICA

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione			
			retr. risultato	RAR	PO	coord.	individ.	
Grado di Raggiungimento								
gestire l'unità farmaci antiblastici	contribuire alla produzione personalizzata dei trattamenti chemioterapici	evasione del 100% della domanda di copertura turni	100,00%	40,0%	x	x		

L'obiettivo correlato alle RAR o alla produttività strategica potrebbe essere modificato in seguito agli accordi sottoscritti con le OO.SS.

I turni sono stati garantiti

GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione			
			retr. risultato	RAR	PO	coord.	individ.	
Grado di Raggiungimento								
certificazione e accreditamento	certificazione ISO 9001-2008 : rispetto delle scadenze ed esito positivo delle visite di sorveglianza	mantenimento della certificazione ISO 9001-2008	100,00%	15,0%		x	x	x

La visita di mantenimento in data 22-23 novembre ha dato esito positivo (nessuna non conformità). Le strutture del laboratorio già certificate hanno ottenuto il mantenimento della certificazione.

certificazione e accreditamento	prosecuzione del programma jacie in vista dell'accreditamento	prosecuzione del programma jacie in vista dell'accreditamento	100,00%	15,0%		x	x	x
---------------------------------	---	---	---------	-------	--	---	---	---

si sono svolti gli audit interni, sono state approvate alcune delle procedure obbligatorie, continua la valutazione del personale relativamente al mantenimento delle competenze, è stato svolto l'audit su documentazione clinica secondo gli standard JACIE, è stata inviata la richiesta di visita di accreditamento e attivata la team box on line per la gestione e invio della documentazione necessaria. In data 25/10/2012 è stata fatta domanda di accreditamento.

certificazione e accreditamento	Certificazione ISO 9001-2008	Revisione del manuale di qualità del dipartimento	in linea			x	x	x
---------------------------------	------------------------------	---	----------	--	--	---	---	---

Revisione conclusa.

partecipazione al programma di accreditamento internazionale	i professionisti garantiscono il contributo alle attività connesse al mantenimento dell'accreditamento (autovalutazione e avvio dei lavori di team relativi all'analisi della road map e alla definizione delle priorità di intervento)	autovalutazione avvio dei lavori dei team (analisi della road map e definizione delle priorità di intervento)	100,00%	10,0%		x	x	x
--	---	---	---------	-------	--	---	---	---

Eseguita autovalutazione. Tutti i team hanno preso visione della road map e si sono attivati per la definizione del piano di miglioramento relativo alle criticità emerse.

GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione			
			retr. risultato	RAR	PO	coord.	individ.	
Grado di Raggiungimento								
definizione a livello dipartimentale per le attività di segreteria delle job description e/o revisione di quelle esistenti e definizione piani di lavoro	1) entro il 30 aprile per le attività di segreteria dell'anatomia patologica; 2) entro il 30 giugno per le altre attività di segreteria del dipartimento	- le job description delle attività di segreteria del dipartimento sono definite e/o riviste; - i piani di lavoro delle attività di segreteria del dipartimento sono definiti	100,00%	20,0%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

1. Con nota prot. 31/DLDT/12 del 26.04.2012 sono stati trasmessi la scheda della job description dell'assistente amm.vo e i piani di lavoro della segreteria della SOC di anatomia patologica. 2. Con nota prot. 74/DLDT/12 del 26.06.2012 sono stati trasmessi le job description dell'assistente amministrativo, del coadiutore amministrativo e i piani di lavoro della segreteria del dipartimento dei laboratori diagnostici e per le terapie cellulari.

GESTIONE RISORSE UMANE E ORGANIZZAZIONE

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione			
			retr. risultato	RAR	PO	coord.	individ.	
Grado di Raggiungimento								
gestire le ferie	numero gg di ferie da fruire entro il 31/12/2012: 1802 Il monitoraggio sarà effettuato a livello complessivo di dipartimento. Se l'obiettivo non è raggiunto si valuterà positivamente in presenza di un abbattimento delle ferie pregresse \geq alla media delle strutture oggetto di valutazione (verbale n. 9 OIVP) 1.802 giorni	100% ferie anno corrente e abbattimento ferie pregresse: a) per il personale con residuo ferie al 1/1/12 > 6 gg: ridurre il residuo ferie al 1/1/12 di almeno il 20%; b) per il personale con residuo ferie al 1/1/12 \leq 6 gg: residuo ferie al 1/1/13 \leq 6 gg.	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

1.987 giorni

monte ore di straordinario	numero di ore di straordinario	2.200 ore	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
911 ore								

applicazione del regolamento aziendale sull'orario di lavoro	monitoraggio della gestione risorse umane	applicazione del regolamento	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	---	------------------------------	----------	--------------------------	--------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------

E' stata attivata la gestione decentrata delle presenze/assenze.

GESTIONE RISORSE UMANE E ORGANIZZAZIONE

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione			
			retr. risultato	RAR	PO	coord. individ.		
Grado di Raggiungimento								
partecipazione del personale della struttura a specifiche attività formative individuate dalle direzioni	partecipazione di almeno 1 dirigente o, qualora indicato, di 1 personale del comparto, alle attività formative richieste dalle Direzioni (le attività formative verranno segnalate ad hoc)	evidenza della partecipazione	in linea			x	x	x

Attività formative individuate dalle Direzioni:

1. Radioprotezione Metabolica, IORT e Pazienti iniettati PET
2. Riunione annuale del Comitato Scientifico Internazionale
3. Corso sul mentoring.
4. Riunione del 27. 11 sulla sicurezza
5. Corso Bundles per la prevenzione delle infezioni
6. Corso "Utilizzo dei gas medicali in sicurezza"
7. Corso "Utilizzo dell'azoto liquido in sicurezza. Impianti e apparecchiature criogeniche."

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

Il monitoraggio sul campione selezionato dalla direzione ha evidenziato l'applicazione della procedura

	% raggiungimento ob. correlati agli incentivi	% valutazione
Totale raggiungimento obiettivi valutati	100,00%	100,00%

CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione			
			retr. risultato	RAR	PO	coord.	individ.	
Grado di Raggiungimento								
Definire il nuovo modello operativo per il trasferimento delle attività durante i lavori di adeguamento antisismico	modello operativo effettivo corrisponde a quello atteso (monitoraggio da parte della direzione sanitaria)	predisposizione e diffusione del nuovo modello operativo	100,00%	20,0%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

L'obiettivo correlato alle RAR o alla produttività strategica potrebbe essere modificato in seguito agli accordi sottoscritti con le OO.SS.

vedi nota prot. n. 13/Dip.OM del 17.05.2013 che descrive il modello operativo attuato per il trasferimento delle attività durante i lavori di adeguamento.

Intervento di riordino del DH oncologia medica	1. Attivazione nuovo sistema di chiamata paziente entro il 31/01 e da febbraio utilizzo del nuovo sistema a chiamata per il 95% dei pazienti ai quali è stato consegnato il sistema patcaller. 2. Entro il 30.05 presentazione del documento di analisi delle criticità e delle proposte di soluzione; 3. entro il 30.09 le prenotazioni per le prestazioni erogate del DH sono associate all'ora di presentazione del paziente; 4. nell'ultimo trimestre il numero di pazienti "fuori lista" è < 5% delle presentazionisti.	mappatura dei flussi e delle criticità; riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni da erogarsi in DH; razionalizzazione delle attività	100,00%	30,0%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--	--	---------	-------	--------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------

Viene eliminato il 3° indicatore per problemi tecnici correlati alla sua attuazione (verbale n. 9 OIVP).

**1. il sistema è stato attivato nel mese di gennaio e il monitoraggio del periodo feb-dic evidenzia una percentuale del 94,89%.
2. con nota prot. 8763/DG del 30.05 è stato trasmesso in Direzione Centrale il documento di analisi, delle criticità e delle proposte di soluzione.
4. dal 19.11 sono state introdotte alcune modifiche organizzative consistenti in una migliore programmazione degli accessi, con scomparsa dei cosiddetti "fuori lista" (pazienti il cui accesso era organizzato fuori dei canali previsti) e nell'avvio dell'indicazione di fasce orarie per la presentazione dei pazienti che, in questa fase iniziale, sono state limitate a due (7.45 e 8.30). Vedi relazione conclusiva prot. 20226/DS del 28.12.2012.**

revisione del sistema di continuità assistenziale extraospedaliero	1) definizione dei criteri per il monitoraggio e predisposizione griglia entro il 30/04; 2) monitoraggio da parte della direzione sanitaria dal 1° maggio	il 100% delle dimissioni protette rispetta la procedura (monitoraggio della direzione sanitaria)	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
--	---	--	----------	--------------------------	--------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

viene riconosciuta una franchigia del 10% se motivata. Verbale n. 9 del 10/1/2013 OIVP "la franchigia viene applicata (ove prevista) solo se questa consente il raggiungimento al 100% dell'obiettivo..."

**La direzione sanitaria ha individuato due criteri di valutazione:
1. almeno 20 segnalazioni per l'area delle degenze mediche compresa la radioterapia ai Distretti al fini di garantire la continuità assistenziale.
2. assenza di segnalazioni, da parte dei Distretti, di dimissioni carenti di segnalazione di continuità assistenziale. Il monitoraggio effettuato dalla direzione sanitaria ha evidenziato che sono state effettuate 41 segnalazioni ai distretti sanitari da parte delle strutture di oncologia medica e di radioterapia. Non sono pervenuti reclami relativamente ad assenze o ritardi nelle richieste di continuità assistenziali da parte dei distretti sanitari dell'area vasta pordenonese e da parte di altre realtà sanitarie.**

GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	PO	coord.	individ.
Grado di Raggiungimento							

GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione			
			retr. risultato	RAR	PO	coord. individ.		
Grado di Raggiungimento								
valutazione rischio di caduta dei pazienti ricoverati con scala concordata (Conley)	Applicazione della scala di valutazione del rischio in almeno 90% pazienti ricoverati (ricovero ordinario).	La valutazione sarà effettuata secondo i tempi e le modalità previsti nel programma regionale del rischio e del governo clinico	100,00%	10,0%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<p>monitoraggio su un campione di 134 cartelle: 97,8%.</p>								
certificazione e accreditamento	certificazione ISO 9001-2008 : rispetto delle scadenze ed esito positivo delle visite di sorveglianza	mantenimento della certificazione ISO 9001-2008	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<p>La visita di mantenimento in data 22-23 novembre ha dato esito positivo (nessuna non conformità). La struttura delle alte dosi già certificata ha ottenuto il mantenimento della certificazione.</p>								
certificazione e accreditamento	prosecuzione del programma jacie in vista dell'accreditamento	prosecuzione del programma jacie in vista dell'accreditamento	in linea	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<p><i>L'obiettivo correlato alle RAR o alla produttività strategica potrebbe essere modificato in seguito agli accordi sottoscritti con le OO.SS.</i></p>								
<p>si sono svolti gli audit interni, sono state approvate alcune delle procedure obbligatorie, continua la valutazione del personale relativamente al mantenimento delle competenze, è stato svolto l'audit su documentazione clinica secondo gli standard JACIE, è stata inviata la richiesta di visita di accreditamento e attivata la team box on line per la gestione e invio della documentazione necessaria. In data 25/10/2012 è stata fatta domanda di accreditamento.</p>								
partecipazione al programma di accreditamento internazionale	i professionisti garantiscono il contributo alle attività connesse al mantenimento dell'accreditamento (autovalutazione e avvio dei lavori di team relativi all'analisi della road map e alla definizione delle priorità di intervento)	autovalutazione avvio dei lavori dei team (analisi della road map e definizione delle priorità di intervento)	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<p>Eseguita autovalutazione. Tutti i team hanno preso visione della road map e si sono attivati per la definizione del piano di miglioramento relativo alle criticità emerse.</p>								
introduzione scheda unica di terapia	1.collaborazione alla predisposizione della scheda unica entro giugno 2012; 2. avvio dell'utilizzo da settembre 2012 e 3. utilizzo a regime dal 1 dicembre	riduzione del rischio nella somministrazione farmaci. Valutazione dell'obiettivo solo con riferimento al 3° indicatore "utilizzo a regime dal 1 dicembre"	100,00%	20,0%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<p>La procedura per definire la scheda è stata predisposta e discussa il 10 agosto con il gruppo di referenti. Con nota prot.n.14616/S del 28/9/2012 è stata trasmessa la procedura per la corretta compilazione della scheda unica di terapia. Nelle giornate del 17 e 18 dicembre la direzione sanitaria ha effettuato il monitoraggio della corretta applicazione della procedura. Il monitoraggio effettuato dalla direzione sanitaria evidenzia l'applicazione della procedura</p>								

GESTIONE RISORSE UMANE E ORGANIZZAZIONE

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione			
			retr. risultato	RAR	PO	coord. individ.		
Grado di Raggiungimento								
gestire le ferie	numero gg di ferie da fruire entro il 31/12/2012: 3331 Il monitoraggio sarà effettuato a livello complessivo di dipartimento. Se l'obiettivo non è raggiunto si valuterà positivamente in presenza di un abbattimento delle ferie pregresse ≥ alla media delle strutture oggetto di valutazione (verbale n. 9 OIVP) 3.331 giorni	100% ferie anno corrente e abbattimento ferie pregresse: a) per il personale con residuo ferie al 1/1/12 > 6 gg: ridurre il residuo ferie al 1/1/12 di almeno il 20%; b) per il personale con residuo ferie al 1/1/12 ≤ 6 gg: residuo ferie al 1/1/13 ≤ 6 gg.	in linea	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>3.612 giorni</p>								
monte ore di straordinario	numero di ore di straordinario	2.300 ore	in linea	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>2.575 ore. Si segnala che il personale del dipartimento ha fruito di un numero di giornate di ferie superiore all'obiettivo di budget assegnato (+ 281). Con Verbale n. 10 del 20/05/2013 l'OIVP valuta congiuntamente questo obiettivo con quello relativo alla gestione delle ferie e pertanto lo ritiene raggiunto.</p>								
applicazione del regolamento aziendale sull'orario di lavoro	monitoraggio della gestione risorse umane	applicazione del regolamento	in linea	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>E' stata attivata la gestione decentrata delle presenze/assenze.</p>								
partecipazione del personale della struttura a specifiche attività formative individuate dalle direzioni	partecipazione di almeno 1 dirigente o, qualora indicato, di 1 personale del comparto, alle attività formative richieste dalle Direzioni (le attività formative verranno segnalate ad hoc)	evidenza della partecipazione	in linea	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<p>Attività formative individuate dalle Direzioni:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Radioprotezione Metabolica, IORT e Pazienti iniettati PET 2. Riunione annuale del Comitato Scientifico Internazionale 3. Corso sul mentoring. 4. Riunione del 27. 11 sulla sicurezza 5. Corso Bundles per la prevenzione delle infezioni 6. Corso "Utilizzo dei gas medicali in sicurezza" 7. Corso "Utilizzo dell'azoto liquido in sicurezza. Impianti e apparecchiature criogeniche." 								
Procedura per la formazione e valorizzazione del neoassunto, compresi i contratti atipici	monitoraggio a campione da parte della dir. san. della scheda di valutazione a partire dal 1° maggio. Il campione deve riguardare almeno il 50% del personale inserito a partire dal 1° maggio con eventuali approssimazioni per eccesso (es.: 1 =1, 3= 2)	Applicazione della procedura definita nel 2011	in linea	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<p>Il monitoraggio sul campione selezionato dalla direzione ha evidenziato l'applicazione della procedura</p>								

INDICATORI DI QUALITÀ DELL'ASSISTENZA

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	PO	coord. individ.	
Grado di Raggiungimento							

INDICATORI DI QUALITÀ DELL'ASSISTENZA

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione			
			retr. risultato	RAR	PO	coord. individ.		
Grado di Raggiungimento								
Condivisione degli strumenti di valutazione del dolore a livello regionale. La registrazione in cartella deve comprendere le caratteristiche del dolore, i farmaci utilizzati, i dosaggi e il risultato antalgico.	- Presenza in cartella della valutazione del dolore almeno (>) nel 95% dei casi; - Rivalutazione almeno (>) nel 95% dei casi. I tempi e le modalità di rilevazione sono quelli previsti nel programma regionale del rischio e del governo clinico	garantire al paziente l'applicazione delle strategie di controllo del dolore	100,00%	10,0%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

monitoraggio su un campione di 134 cartelle: 94,03% valutazione e 100% rivalutazione. Totale raggiungimento: 99,49%. Con Verbale n. 10 del 20/05/2013 l'OIVP suggerisce di arrotondare il risultato al numero intero superiore, anche tenuto conto dell'ottimo risultato dell'indicatore relativo alla rivalutazione.

mantenimento della qualità percepita attraverso la lettura dei risultati ottenuta dall'elaborazione dei dati quali-quantitativi "indagine soddisfazione 2012"	monitoraggio con cadenza stabilita dalla direzione sanitaria	mantenimento dello standard rilevato, confrontando l'andamento delle tre rilevazioni del 2012	100,00%	10,0%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
---	--	---	---------	-------	--------------------------	--------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

Con note prot.n. 8295/DG del 2/5/2013 e 9065/DG del 10/5/2013 il Responsabile dell'URP ha presentato i risultati relativi alla Rilevazione della qualità percepita per l'anno 2012. Con Verbale n. 10 del 20/05/2013 l'OIVP sulla base delle relazioni presentate ritiene l'obiettivo raggiunto

	% raggiungimento ob. correlati agli incentivi	% valutazione
Totale raggiungimento obiettivi valutati	100,00%	100,00%

CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione			
			retr. risultato	RAR	PO	coord.	individ.	
Grado di Raggiungimento								
Definire il nuovo modello operativo per il trasferimento delle attività durante i lavori di adeguamento antisismico	modello operativo effettivo corrisponde a quello atteso (monitoraggio da parte della direzione sanitaria)	predisposizione e diffusione del nuovo modello operativo	100,00%	15,0%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

L'obiettivo (garanzia operatività segreteria ambulatori chirurgici 1° piano a fronte dei lavori di adeguamento antisismico) correlato alle RAR o alla produttività strategica potrebbe essere modificato in seguito agli accordi sottoscritti con le OO.SS.

vedi note prot. n. 9PODC/12 del 19.06.2012 e prot. 11926/S del 31.07.2012 che descrivono il modello organizzativo e gli interventi organizzativi adottati successivamente all'avvio dei lavori.

revisione del sistema di continuità assistenziale extraospedaliero	1) definizione dei criteri per il monitoraggio e predisposizione griglia entro il 30/04; 2) monitoraggio da parte della direzione sanitaria dal 1° maggio	il 100% delle dimissioni protette rispetta la procedura (monitoraggio della direzione sanitaria)	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
--	---	--	----------	--------------------------	--------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

viene riconosciuta una franchigia del 10% se motivata. Verbale n. 9 del 10/1/2013 OIVP "la franchigia viene applicata (ove prevista) solo se questa consente il raggiungimento al 100% dell'obiettivo..."

La direzione sanitaria ha individuato due criteri di valutazione:
1. almeno 20 segnalazioni per l'area chirurgica ai Distretti al fini di garantire la continuità assistenziale.
2. assenza di segnalazioni, da parte dei Distretti, di dimissioni carenti di segnalazione di continuità assistenziale.
Il monitoraggio effettuato dalla direzione sanitaria ha evidenziato che sono state effettuate 28 segnalazioni ai distretti sanitari da parte delle strutture di chirurgia. Non sono pervenuti reclami relativamente ad assenze o ritardi nelle richieste di continuità assistenziali da parte dei distretti sanitari dell'area vasta pordenonese e da parte di altre realtà sanitarie.

GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione			
			retr. risultato	RAR	PO	coord.	individ.	
Grado di Raggiungimento								
valutazione rischio di caduta dei pazienti ricoverati con scala concordata (Conley)	Applicazione della scala di valutazione del rischio in almeno 90% pazienti ricoverati (ricovero ordinario).	La valutazione sarà effettuata secondo i tempi e le modalità previsti nel programma regionale del rischio e del governo clinico	99,00%	10,0%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

monitoraggio su un campione di 90 cartelle: 88,89%. Totale raggiungimento: 98,77%. Con Verbale n. 10 del 20/05/2013 l'OIVP suggerisce di arrotondare il risultato al numero intero superiore.

applicazione della check list per la sicurezza in sala operatoria	Verifica a campione della documentazione sanitaria della presenza di check list completa secondo i tempi e le modalità previsti dal programma regionale del rischio e del governo clinico	check list di sala operatoria compilata in ogni sua parte in almeno 90% degli interventi chirurgici (secondo indicazioni contenute nella procedura aziendale)	100,00%	15,0%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	---	---	---------	-------	--------------------------	--------------------------	-------------------------------------	--------------------------

Monitoraggio su un campione di 88 cartelle: 97,7%.

GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione			
			retr. risultato	RAR	PO	coord.	individ.	
Grado di Raggiungimento								
partecipazione al programma di accreditamento internazionale	i professionisti garantiscono il contributo alle attività connesse al mantenimento dell'accreditamento (autovalutazione e avvio dei lavori di team relativi all'analisi della road map e alla definizione delle priorità di intervento)	autovalutazione avvio dei lavori dei team (analisi della road map e definizione delle priorità di intervento)	100,00%	20,0%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Eseguita autovalutazione. Tutti i team hanno preso visione della road map e si sono attivati per la definizione del piano di miglioramento relativo alle criticità emerse.

introduzione scheda unica di terapia	1.collaborazione alla predisposizione della scheda unica entro giugno 2012; 2. avvio dell'utilizzo da settembre 2012 e 3. utilizzo a regime dal 1 dicembre	riduzione del rischio nella somministrazione farmaci. Valutazione dell'obiettivo solo con riferimento al 3° indicatore "utilizzo a regime dal 1 dicembre"	100,00%	20,0%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
--------------------------------------	--	---	---------	-------	--------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

La procedura per definire la scheda è stata predisposta e discussa il 10 agosto con il gruppo di referenti. Con nota prot.n.14616/S del 28/9/2012 è stata trasmessa la procedura per la corretta compilazione della scheda unica di terapia. Nelle giornate del 17 e 18 dicembre la direzione sanitaria ha effettuato il monitoraggio della corretta applicazione della procedura. Il monitoraggio effettuato dalla direzione sanitaria evidenzia l'applicazione della procedura

GESTIONE RISORSE UMANE E ORGANIZZAZIONE

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione			
			retr. risultato	RAR	PO	coord.	individ.	
Grado di Raggiungimento								
gestire le ferie	numero gg di ferie da fruire entro il 31/12/2012: 3595 Il monitoraggio sarà effettuato a livello complessivo di dipartimento. Se l'obiettivo non è raggiunto si valuterà positivamente in presenza di un abbattimento delle ferie pregresse ≥ alla media delle strutture oggetto di valutazione (verbale n. 9 OIVP) 3.595 giorni	100% ferie anno corrente e abbattimento ferie pregresse: a) per il personale con residuo ferie al 1/1/12 > 6 gg: ridurre il residuo ferie al 1/1/12 di almeno il 20%; b) per il personale con residuo ferie al 1/1/12 ≤ 6 gg: residuo ferie al 1/1/13 ≤ 6 gg.	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

3.650 giorni

monte ore di straordinario	numero di ore di straordinario	4.400 ore	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----------------------------	--------------------------------	-----------	----------	--------------------------	--------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------

3.094 ore

GESTIONE RISORSE UMANE E ORGANIZZAZIONE

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione			
			retr. risultato	RAR	PO	coord.	individ.	
Grado di Raggiungimento								
applicazione del regolamento aziendale sull'orario di lavoro	monitoraggio della gestione risorse umane	applicazione del regolamento	in linea			x	x	

E' stata attivata la gestione decentrata delle presenze/assenze.

partecipazione del personale della struttura a specifiche attività formative individuate dalle direzioni	partecipazione di almeno 1 dirigente o, qualora indicato, di 1 personale del comparto, alle attività formative richieste dalle Direzioni (le attività formative verranno segnalate ad hoc)	evidenza della partecipazione	in linea			x	x	x
--	--	-------------------------------	----------	--	--	---	---	---

Attività formative individuate dalle Direzioni:

1. Radioprotezione Metabolica, IORT e Pazienti iniettati PET
2. Riunione annuale del Comitato Scientifico Internazionale
3. Corso sul mentoring.
4. Riunione del 27. 11 sulla sicurezza
5. Corso Bundles per la prevenzione delle infezioni
6. Corso "Utilizzo dei gas medicali in sicurezza"
7. Corso "Utilizzo dell'azoto liquido in sicurezza. Impianti e apparecchiature criogeniche."

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

Il monitoraggio sul campione selezionato dalla direzione ha evidenziato l'applicazione della procedura

GOVERNO DEI TEMPI DI ATTESA

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione			
			retr. risultato	RAR	PO	coord.	individ.	
Grado di Raggiungimento								
Rispetto dei tempi di attesa	numero di interventi chirurgici	mantenimento dei volumi 2011	in linea		x	x	x	

L'obiettivo correlato alle RAR o alla produttività strategica potrebbe essere modificato in seguito agli accordi sottoscritti con le OO.SS.

+ 109 interventi rispetto al 2011 (esclusi day surgery)

INDICATORI DI QUALITÀ DELL'ASSISTENZA

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	PO	coord.	individ.
Grado di Raggiungimento							

INDICATORI DI QUALITÀ DELL'ASSISTENZA

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione			
			retr. risultato	RAR	PO	coord. individ.		
Grado di Raggiungimento								
Condivisione degli strumenti di valutazione del dolore a livello regionale. La registrazione in cartella deve comprendere le caratteristiche del dolore, i farmaci utilizzati, i dosaggi e il risultato antalgico.	- Presenza in cartella della valutazione del dolore almeno (>) nel 95% dei casi; - Rivalutazione almeno (>) nel 95% dei casi. I tempi e le modalità di rilevazione sono quelli previsti nel programma regionale del rischio e del governo clinico	garantire al paziente l'applicazione delle strategie di controllo del dolore	97,00%	10,0%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

monitoraggio su un campione di 90 cartelle (30 per struttura): 88,9% valutazione e 98,9% rivalutazione. Totale raggiungimento: 96,79%. Con Verbale n. 10 del 20/05/2013 l'OIVP suggerisce di arrotondare il risultato al numero intero superiore, anche tenuto conto dell'ottimo risultato dell'indicatore relativo alla rivalutazione.

mantenimento della qualità percepita attraverso la lettura dei risultati ottenuta dall'elaborazione dei dati quali-quantitativi "indagine soddisfazione 2012"	monitoraggio con cadenza stabilita dalla direzione sanitaria	mantenimento dello standard rilevato, confrontando l'andamento delle tre rilevazioni del 2012	100,00%	10,0%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
---	--	---	---------	-------	--------------------------	--------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

Con note prot.n. 8295/DG del 2/5/2013 e 9065/DG del 10/5/2013 il Responsabile dell'URP ha presentato i risultati relativi alla Rilevazione della qualità percepita per l'anno 2012. Con Verbale n. 10 del 20/05/2013 l'OIVP sulla base delle relazioni presentate ritiene l'obiettivo raggiunto

	% raggiungimento ob. correlati agli incentivi	% valutazione
Totale raggiungimento obiettivi valutati	99,60%	100,00%

ASSISTENZA FARMACEUTICA

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione			
			retr. risultato	RAR	PO	coord.	individ.	
Grado di Raggiungimento								
gestire l'unità farmaci antitumorali	contribuire alla produzione personalizzata dei trattamenti chemioterapici	evasione del 100% della domanda di copertura turni	100,00%	40,0%	x	x		

L'obiettivo correlato alle RAR o alla produttività strategica potrebbe essere modificato in seguito agli accordi sottoscritti con le OO.SS.

I turni sono stati garantiti

ATTIVITÀ

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione			
			retr. risultato	RAR	PO	coord.	individ.	
Grado di Raggiungimento								
supporto all'attività di produzione scientifica da parte del personale amministrativo delle strutture os1, os2 e farmacologia		l'obiettivo verrà valutato considerando il target assegnato alle strutture con riferimento all'obiettivo "attività di ricerca" (348,7 punti di I.F. dipartimentale)	in linea		x	x	x	x

L'obiettivo correlato alle RAR o alla produttività strategica potrebbe essere modificato in seguito agli accordi sottoscritti con le OO.SS.

impact factor normalizzato: 465,4

GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione			
			retr. risultato	RAR	PO	coord.	individ.	
Grado di Raggiungimento								
partecipazione al programma di accreditamento internazionale	i professionisti garantiscono il contributo alle attività connesse al mantenimento dell'accreditamento (autovalutazione e avvio dei lavori di team relativi all'analisi della road map e alla definizione delle priorità di intervento)	autovalutazione avvio dei lavori dei team (analisi della road map e definizione delle priorità di intervento)	in linea			x	x	x

Eseguita autovalutazione. Tutti i team hanno preso visione della road map e si sono attivati per la definizione del piano di miglioramento relativo alle criticità emerse.

GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione			
			retr. risultato	RAR	PO	coord.	individ.	
Grado di Raggiungimento								
completamento/avanzamento delle attività del processo di certificazione per le strutture di oncologia sperimentale 1, oncologia sperimentale 2 e farmacologia	documentare le attività del processo per la struttura di oncologia sperimentale 1 e definizione dei processi e delle procedure di outsourcing individuati per le strutture di farmacologia e di oncologia sperimentale 2	visita ispettiva dell'ente certificatore per la struttura di oncologia sperimentale 1 e avvio e implementazione del percorso di outsourcing propedeutico alla certificazione entro il 30/09 per le strutture di farmacologia e di oncologia sperimentale 2	100,00%	40,0%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Viene eliminato l'indicatore relativo all'oncologia sperimentale 2 perché non si è ritenuto di procedere alla definizione dei processi e procedure (verbale n. 9 OIVP)

Le attività sono state svolte in linea con l'obiettivo. Nel mese di novembre 2012 si è svolta la visita da parte dell'ente certificatore il quale, tra le altre cose, ha valutato il processo di outsourcing gestito dal dipartimento dei laboratori pur non svolgendo materialmente la visita anche in OS1. Con mail del 28/9/2012 (prot.n. 15675) è stato trasmesso il documento relativo all'avvio e implementazione del percorso di outsourcing propedeutico alla certificazione relativo alla struttura di farmacologia

avviare le attività per la definizione e implementazione di un sistema di gestione della qualità documentato	1. formalizzazione di un gruppo di lavoro e 2. Formalizzazione del programma delle attività (compreso gantt) entro il 31/12	sono definiti il programma e la tempistica delle attività per l'implementazione del SGQ.	100,00%	20,0%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
--	---	--	---------	-------	--------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

1. Con nota prot. 13/DOMERT del 10.09.2012 è stato formalizzato il gruppo di lavoro per l'implementazione di un sistema di gestione qualità. 2. Con nota prot. 26/DOMERT del 11.12.2012 è stato inviato il gantt contenente il piano delle attività svolte nel corso dell'anno e la proposta di programma e relative tempistiche per le attività connesse alla implementazione del sistema di gestione della qualità che si dovrebbe completare nel 2013.

GESTIONE RISORSE UMANE E ORGANIZZAZIONE

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione			
			retr. risultato	RAR	PO	coord.	individ.	
Grado di Raggiungimento								
gestire le ferie	numero gg di ferie da fruire entro il 31/12/2012: 748 Il monitoraggio sarà effettuato a livello complessivo di dipartimento. Se l'obiettivo non è raggiunto si valuterà positivamente in presenza di un abbattimento delle ferie pregresse ≥ alla media delle strutture oggetto di valutazione (verbale n. 9 OIVP) 748 giorni	100% ferie anno corrente e abbattimento ferie pregresse: a) per il personale con residuo ferie al 1/1/12 > 6 gg: ridurre il residuo ferie al 1/1/12 di almeno il 20%; b) per il personale con residuo ferie al 1/1/12 ≤ 6 gg: residuo ferie al 1/1/13 ≤ 6 gg.	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

762 giorni

GESTIONE RISORSE UMANE E ORGANIZZAZIONE

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione			
			retr. risultato	RAR	PO	coord. individ.		
Grado di Raggiungimento								
monte ore di straordinario	numero di ore di straordinario	700 ore	in linea	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
265 ore								
applicazione del regolamento aziendale sull'orario di lavoro	monitoraggio della gestione risorse umane	applicazione del regolamento	in linea	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E' stata attivata la gestione decentrata delle presenze/assenze.								
partecipazione del personale della struttura a specifiche attività formative individuate dalle direzioni	partecipazione di almeno 1 dirigente o, qualora indicato, di 1 personale del comparto, alle attività formative richieste dalle Direzioni (le attività formative verranno segnalate ad hoc)	evidenza della partecipazione	in linea	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Attività formative individuate dalle Direzioni: 1. Radioprotezione Metabolica, IORT e Pazienti iniettati PET 2. Riunione annuale del Comitato Scientifico Internazionale 3. Corso sul mentoring. 4. Riunione del 27. 11 sulla sicurezza 5. Corso Bundles per la prevenzione delle infezioni 6. Corso "Utilizzo dei gas medicali in sicurezza" 7. Corso "Utilizzo dell'azoto liquido in sicurezza. Impianti e apparecchiature criogeniche."								
Procedura per la formazione e valorizzazione del neoassunto, compresi i contratti atipici	monitoraggio a campione da parte della dir. san. della scheda di valutazione a partire dal 1° maggio. Il campione deve riguardare almeno il 50% del personale inserito a partire dal 1° maggio con eventuali approssimazioni per eccesso (es.: 1 =1, 3= 2)	Applicazione della procedura definita nel 2011	in linea	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Il monitoraggio sul campione selezionato dalla direzione ha evidenziato l'applicazione della procedura								

GESTIONE REGISTRO TUMORI

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	PO	coord. individ.	
Grado di Raggiungimento							

GESTIONE REGISTRO TUMORI

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione			
			retr. risultato	RAR	PO	coord. individ.		
Grado di Raggiungimento								
funzionamento del registro tumori	supporto amministrativo allo sviluppo e conduzione registro tumori	supporto amministrativo allo sviluppo e conduzione registro tumori	in linea		x	x	x	x

Si propone di riformulare l'obiettivo entro il 30 settembre se permangono le difficoltà espresse con nota prot. 112/Epid del 12.07.2012

L'obiettivo correlato alle RAR o alla produttività strategica potrebbe essere modificato in seguito agli accordi sottoscritti con le OO.SS.

1. Per il biennio 2008-2009 sono state esaminate in formato elettronico le informazioni relative a 11.806.443 persone residenti in FVG che presentavano dati di natura sanitaria collegabili a malattie neoplastiche. L'analisi di questi casi ha ridotto le nuove incidenze di tumori in FVG per il biennio 2008-2009 a 42.885 persone, di cui 25.561 con tumore maligno. Partendo dall'elenco di 25.561 persone con diagnosi di tumore maligno, il personale ha iniziato il lavoro di revisione sistematica delle diagnosi per ottemperare agli standard internazionali di qualità richiesti perché il registro tumori del FVGT possa essere incluso tra i registri tumori di popolazione della International of Cancer Registries

2. la struttura, usando i dati consolidati delle incidenze del biennio 2006-2007, ha prodotto analisi statistiche relative a tre sedi neoplastiche di particolare rilevanza: tumori del cavo orale legati al fumo di sigarette e al consumo di bevande alcoliche, il carcinoma della cervice uterina per cui è attivo un programma di screening di popolazione e il carcinoma della prostata che mostra significativi aumenti di incidenza legati all'uso dello screening tramite il test PSA. I Risultati ottenuti sono riportati nella nota prot. 16/Epid. del 21.01.2013

	% raggiungimento ob. correlati agli incentivi	% valutazione
Totale raggiungimento obiettivi valutati	100,00%	100,00%

GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione			
			retr. risultato	RAR	PO	coord. individ.		
Grado di Raggiungimento								
certificazione e accreditamento	Individuazione dei processi entro 31.10.2012 nell'ambito del percorso di certificazione ISO 9001-2008	avvio del percorso di certificazione ISO 9001-2008 per le strutture di medicina nucleare e radiologia	100,00%	15,0%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

I responsabili delle SOC di Radiologia e Medicina Nucleare in data 31/10/2012 hanno inviato lo schema di mappatura dei processi

certificazione e accreditamento	certificazione ISO 9001-2008 : rispetto delle scadenze ed esito positivo delle visite di sorveglianza	mantenimento della certificazione ISO 9001-2008	100,00%	20,0%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
---------------------------------	---	---	---------	-------	--------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

La visita di mantenimento in data 22-23 novembre ha dato esito positivo (nessuna non conformità). La struttura di radioterapia ha ottenuto il mantenimento della certificazione.

certificazione e accreditamento	percorso di certificazione ISO 9001-2008	preparazione alla visita di certificazione per la struttura di fisica sanitaria	100,00%	15,0%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
---------------------------------	--	---	---------	-------	--------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

Sono stati svolti i lavori propedeutici alla richiesta di certificazione. La richiesta è subordinata alla nuova gara per l'individuazione dell'ente certificatore che si attiverà nel 2013.

partecipazione al programma di accreditamento internazionale	i professionisti garantiscono il contributo alle attività connesse al mantenimento dell'accREDITamento (autovalutazione e avvio dei lavori di team relativi all'analisi della road map e alla definizione delle priorità di intervento)	autovalutazione avvio dei lavori dei team (analisi della road map e definizione delle priorità di intervento)	100,00%	10,0%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
--	---	---	---------	-------	--------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

Eseguita autovalutazione. Tutti i team hanno preso visione della road map e si sono attivati per la definizione del piano di miglioramento relativo alle criticità emerse.

GESTIONE RISORSE UMANE E ORGANIZZAZIONE

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	PO	coord. individ.	
Grado di Raggiungimento							

GESTIONE RISORSE UMANE E ORGANIZZAZIONE

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione			
			retr. risultato	RAR	PO	coord.	individ.	
Grado di Raggiungimento								
gestire le ferie	numero gg di ferie da fruire entro il 31/12/2012: 2605 Il monitoraggio sarà effettuato a livello complessivo di dipartimento. Se l'obiettivo non è raggiunto si valuterà positivamente in presenza di un abbattimento delle ferie pregresse ≥ alla media delle strutture oggetto di valutazione (verbale n. 9 OIVP) 2.605 giorni	100% ferie anno corrente e abbattimento ferie pregresse: a) per il personale con residuo ferie al 1/1/12 > 6 gg: ridurre il residuo ferie al 1/1/12 di almeno il 20%; b) per il personale con residuo ferie al 1/1/12 ≤ 6 gg: residuo ferie al 1/1/13 ≤ 6 gg.	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>2.534 giorni, ma con % abbattimento superiore alla media</p>								
monte ore di straordinario	numero di ore di straordinario	1.900 ore	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>967 ore</p>								
applicazione del regolamento aziendale sull'orario di lavoro	monitoraggio della gestione risorse umane	applicazione del regolamento	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>E' stata attivata la gestione decentrata delle presenze/assenze.</p>								
partecipazione del personale della struttura a specifiche attività formative individuate dalle direzioni	partecipazione di almeno 1 dirigente o, qualora indicato, di 1 personale del comparto, alle attività formative richieste dalle Direzioni (le attività formative verranno segnalate ad hoc)	evidenza della partecipazione	in linea	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Attività formative individuate dalle Direzioni:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Radioprotezione Metabolica, IORT e Pazienti iniettati PET 2. Riunione annuale del Comitato Scientifico Internazionale 3. Corso sul mentoring. 4. Riunione del 27. 11 sulla sicurezza 5. Corso Bundles per la prevenzione delle infezioni 6. Corso "Utilizzo dei gas medicali in sicurezza" 7. Corso "Utilizzo dell'azoto liquido in sicurezza. Impianti e apparecchiature criogeniche." 								
Procedura per la formazione e valorizzazione del neoassunto, compresi i contratti atipici	monitoraggio a campione da parte della dir. san. della scheda di valutazione a partire dal 1° maggio. Il campione deve riguardare almeno il 50% del personale inserito a partire dal 1° maggio con eventuali approssimazioni per eccesso (es.: 1 =1, 3= 2)	Applicazione della procedura definita nel 2011	in linea	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Il monitoraggio sul campione selezionato dalla direzione ha evidenziato l'applicazione della procedura</p>								

GOVERNO DEI TEMPI DI ATTESA

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	PO	coord.	individ.
Grado di Raggiungimento							

GOVERNO DEI TEMPI DI ATTESA

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione			
			retr. risultato	RAR	PO	coord.	individ.	

Grado di Raggiungimento

Rispetto dei tempi di attesa	entro il 31/03 presentazione di un progetto riorganizzativo finalizzato ad un aumento dell'offerta su 12 ore.	Riorganizzazione dell'attività finalizzata ad un aumento dell'offerta di trattamenti radianti.	100,00%	20,0%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
------------------------------	---	--	---------	-------	--------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------

Con nota prot. 25/RT del 23.03 è stata inviata la proposta di aumento dell'offerta di trattamenti radianti per l'anno 2012 con l'avvio del doppio turno. Con successiva nota prot. 50/rt del 07.05 è stata presentata un'ulteriore proposta di incremento di offerta di trattamenti rt.

supporto tecnologico/informatico per miglioramento attività di radioterapia: passaggio da trattamenti 3D a trattamenti IMRT a seguito dell'avvio del nuovo acceleratore lineare trilogy.	numero trattamenti IMRT	incremento del 30% del numero di trattamenti (sedute) IMRT rispetto al 2011.	100,00%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	-------------------------	--	---------	--------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------

L'obiettivo correlato alle RAR o alla produttività strategica potrebbe essere modificato in seguito agli accordi sottoscritti con le OO.SS.

n. 11.975 sedute di IMRT (+84% rispetto al 2011 - 6.511)

ottimizzazione dei percorsi diagnostici per stadiazione oncologica	1) il 100% degli esami per prima stadiazione è eseguito entro 10 gg dalla richiesta; 2) il 95% delle prestazioni diagnost per paz. ricoverati (ricoveri ordinari) è eseguito entro 24 ore x rx dirette ed eco e 48 ore x tac e rm.	1) eseguire tutti gli esami per prima stadiazione entro 10 gg dalla richiesta; 2) minimizzare i tempi di attesa per pazienti ricoverati (ricoveri ordinari); valutazione del 2° indicatore a partire dal mese di settembre	100,00%	5,0%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--	--	---------	------	--------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------

viene riconosciuta una franchigia del 5% se motivata. Verbale n. 9 del 10/1/2013 OIVP "la franchigia viene applicata (ove prevista) solo se questa consente il raggiungimento al 100% dell'obiettivo..."

Fonte dati: struttura di radiologia

1. Il 100% degli esami prima stadiazione è eseguito entro 10 gg dalla richiesta. 2. il monitoraggio del periodo set-dic evidenzia il rispetto dell'indicatore

ottimizzazione dei percorsi diagnostici per stadiazione oncologica	1) il 100% degli esami pet per prima stadiazione è eseguito entro 8 gg dalla richiesta; 2) il 95% delle prestazioni diagnostiche per pazienti ricoverati (ricoveri ordinari) è eseguito entro 72 ore lavorative x scintigrafie ed entro 24 ore x ecografie	1) eseguire tutti gli esami per prima stadiazione entro 8 gg dalla richiesta; 2) minimizzare i tempi di attesa per pazienti ricoverati (ricoveri ordinari)	100,00%	5,0%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--	--	---------	------	--------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------

viene riconosciuta una franchigia del 5% se motivata. Verbale n. 9 del 10/1/2013 OIVP "la franchigia viene applicata (ove prevista) solo se questa consente il raggiungimento al 100% dell'obiettivo..."

Fonte dati: struttura di medicina nucleare

1. Il 96,91% degli esami pet per prima stadiazione è stato eseguito entro 8 gg dalla richiesta. Su 291 esami, escludendo i casi in cui lo specialista o il paziente hanno scelto una data diversa, 9 casi superano gli 8 giorni (9-13 giorni di cui 4-9 lavorativi). 2. Il 99,31% delle prestazioni eco (analisi a campione) e delle prestazioni di scintigrafia a paz. ricoverati è stato eseguito nei tempi previsti. Il monitoraggio dei tempi di attesa evidenzia che su 144 esami 1 scintigrafia supera le 72 ore. L'obiettivo si considera raggiunto al 100% con l'applicazione della franchigia

GOVERNO DEI TEMPI DI ATTESA

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione			
			retr. risultato	RAR	PO	coord. individ.		
Grado di Raggiungimento								
contenimento dei tempi di attesa: dei trattamenti radianti in relazione all'allungamento unitario delle procedure terapeutiche e della diagnostica pet e scintigrafica	fatturato	incremento del fatturato 2012 rispetto al 2011 almeno pari alla quota assegnata al progetto (vedi accordo RAR)	in linea		x	x	x	

L'obiettivo correlato alle RAR o alla produttività strategica potrebbe essere modificato in seguito agli accordi sottoscritti con le OO.SS.

incremento del fatturato ambulatoriale di € 3.479.577 per la radioterapia e di € 78.330 per la medicina nucleare.

INDICATORI DI QUALITÀ DELL'ASSISTENZA

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	PO	coord. individ.	
Grado di Raggiungimento							
mantenimento della qualità percepita attraverso la lettura dei risultati ottenuta dall'elaborazione dei dati quali-quantitativi "indagine soddisfazione 2012"	monitoraggio con cadenza stabilita dalla direzione sanitaria	mantenimento dello standard rilevato, confrontando l'andamento delle tre rilevazioni del 2012	100,00%	10,0%		x	x

Con note prot.n. 8295/DG del 2/5/2013 e 9065/DG del 10/5/2013 il Responsabile dell'URP ha presentato i risultati relativi alla Rilevazione della qualità percepita per l'anno 2012. La soddisfazione percepita dall'utenza per le prestazioni ambulatoriali eseguite nel dipartimento radioterapico evidenzia un ricorrente ottimo risultato: maggio 97,68%, settembre 97,78% e novembre 99,61%.

PROGRAMMI DI SCREENING

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione			
			retr. risultato	RAR	PO	coord. individ.		
Grado di Raggiungimento								
mandare a regime il percorso one day diagnosis già sperimentato a fine 2011	dal 1° luglio è garantito il percorso one day diagnosis per gli approfondimenti da screening regionale	tutti i casi provenienti da screening regionale sono processati secondo il protocollo one day a partire dal 1° luglio. Le eventuali eccezioni devono essere adeguatamente motivate	rinvio al 2013		x	x	x	x

In sede di 2° revisione di budget si propone uno slittamento della data del primo luglio in attesa dell'avvio del meccanismo di coordinamento regionale.

L'obiettivo correlato alle RAR o alla produttività strategica potrebbe essere modificato in seguito agli accordi sottoscritti con le OO.SS.

L'obiettivo viene rinviato al 2013 in quanto non sono pervenuti casi di screening da parte della Regione (verbale n. 9 OIVP)

Con nota prot.n. 17514/S del 14/11/2012 è stato formalizzato il percorso "One Day Diagnosis" da parte dell'unità di diagnostica senologica clinico-strumentale del CRO

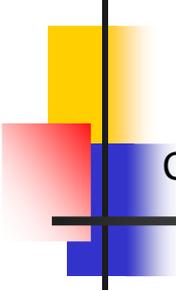
% raggiungimento ob. correlati agli incentivi

% valutazione

Totale raggiungimento obiettivi valutati

100,00%

100,00%



Centro di Riferimento Oncologico -AVIANO

MONITORAGGIO ANNUALE SCHEDE DI BUDGET 2012

personale dirigente delle strutture
operative dei dipartimenti

MONITORAGGIO BUDGET 2012 - SOC ANATOMIA PATOLOGICA - Valutato dall'OIVP con verbali n. 10 del 20/05/2013, n. 11 del 18/06/2013 e n. 12 del 17/07/2013

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 dei direttori 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

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
Prestazioni specialistiche ambulatoriali per esterni (esclusa convenzione Policlinico)	valore attività ambulatoriale per esterni	€ 231.000	92,00%	15,0%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
L'obiettivo è valutato secondo un criterio proporzionale							
€ 212.513							

attività di ricerca	valore impact factor normalizzato	valore: media biennio 2010-2011 (obiettivo 174,450)	100,00%	20,0%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
L'obiettivo è assegnato e valutato a livello dipartimentale secondo il criterio di proporzionalità.							
valore impact factor normalizzato: 297							

produzione scientifica	punti attività scientifica	punteggio > 4	100,00%	5,0%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
I punteggi realizzati vengono valutati come segue: un punteggio >= 4 punti = 100% un punteggio < 1 punti = 0 il restante = 80%							
15 punti (valutate solo le collaborazioni tra strutture operative, la produzione di materiale divulgativo, i trials ed i finanziamenti ad esclusione delle oblazioni)							

GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
certificazione e accreditamento	Certificazione ISO 9001-2008: revisione del manuale di qualità del dipartimento	Evidenza dell'indicatore	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Revisione conclusa.							

certificazione e accreditamento	certificazione ISO 9001-2008 : rispetto delle scadenze ed esito positivo delle visite di sorveglianza	mantenimento della certificazione ISO 9001-2008	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
La visita di mantenimento in data 22-23 novembre ha dato esito positivo (nessuna non conformità). La struttura ha ottenuto il mantenimento della certificazione.							

partecipazione al programma di accreditamento internazionale	i professionisti garantiscono il contributo alle attività connesse al mantenimento dell'accreditamento (autovalutazione e avvio dei lavori di team relativi all'analisi della road map e alla definizione delle priorità di intervento)	autovalutazione avvio dei lavori dei team (analisi della road map e definizione delle priorità di intervento)	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
--	---	---	----------	--------------------------	--------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

Eseguita autovalutazione. Tutti i team hanno preso visione della road map e si sono attivati per la definizione del piano di miglioramento relativo alle criticità emerse.

GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
Attività di procurement di tessuto corneale	adozione procedure per l'operatività di quanto previsto nel documento di analisi	dal 01/04/2012 è attiva la procedura definita nel 2011	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

E' attiva la procedura "procurement cornee" definita nel 2011. All'interno del CRO è costituita una commissione di medici e infermieri, con il coordinamento della Direzione Sanitaria, che ha lo scopo di fornire tutte le informazioni utili per avviare la procedura della donazione di cornee accogliendo e valorizzando ogni dichiarazione di volontà positiva in tal senso. Nel 2012 è stato inserito nel percorso valutativo un paziente risultato poi non eleggibile per ripensamento del coniuge avente diritto sul consenso al prelievo.

GESTIONE RISORSE UMANE E ORGANIZZAZIONE

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
gestire le ferie	numero gg di ferie da fruire entro il 31/12/2012: 252 Il monitoraggio sarà effettuato a livello complessivo di struttura operativa. Se l'obiettivo non è raggiunto si valuterà positivamente in presenza di un abbattimento delle ferie pregresse \geq alla media delle strutture oggetto di valutazione (verbale n. 9 OIVP) 252 giorni	100% ferie anno corrente e abbattimento ferie pregresse: per il personale con residuo ferie al 1/1/12 > 8 gg: ridurre il residuo ferie al 1/1/12 di almeno il 20%; b) per il personale con residuo ferie al 1/1/12 \leq 8 gg: residuo ferie al 1/1/13 \leq 8 gg.	non in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

176 giorni. Considerate le lunghe assenze le giornate di ferie ricalcolate diventano 191.

applicazione del regolamento aziendale sull'orario di lavoro	monitoraggio della gestione risorse umane	applicazione del regolamento	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	---	------------------------------	----------	--------------------------	--------------------------	-------------------------------------	--------------------------

E' stata attivata la gestione decentrata delle presenze/assenze.

piani di lavoro	i piani devono essere inviati alla direzione sanitaria entro la fine del mese precedente a quello cui la programmazione si riferisce	i piani di lavoro sono inviati regolarmente rispettando l'indicatore	92%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----------------	--	--	-----	--------------------------	--------------------------	-------------------------------------	--------------------------

Gennaio - Aprile e Giugno - Dicembre inviati nei termini (Maggio ricevuto il 09/05/2012)

valutazione dei dirigenti	le valutazioni dei dirigenti sono completate secondo le indicazioni diffuse dalle direzioni	completamento dei percorsi di valutazione dei dirigenti previsti nel 2012	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---------------------------	---	---	----------	--------------------------	--------------------------	-------------------------------------	--------------------------

valutazione effettuata con riferimento all'anno 2011

GESTIONE RISORSE UMANE E ORGANIZZAZIONE

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.

Grado di Raggiungimento

partecipazione del personale della struttura a specifiche attività formative individuate dalle direzioni	partecipazione di almeno 1 dirigente o, qualora indicato, di 1 personale del comparto, alle attività formative richieste dalle Direzioni (le attività formative verranno segnalate ad hoc)	evidenza della partecipazione	in linea			x	x
--	--	-------------------------------	-----------------	--	--	---	---

Attività formative individuate dalle Direzioni:

1. Radioprotezione Metabolica, IORT e Pazienti iniettati PET
2. Riunione annuale del Comitato Scientifico Internazionale
3. Corso sul mentoring.
4. Riunione del 27. 11 sulla sicurezza
5. Corso Bundles per la prevenzione delle infezioni
6. Corso "Utilizzo dei gas medicali in sicurezza"
7. Corso "Utilizzo dell'azoto liquido in sicurezza. Impianti e apparecchiature criogeniche."

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

Non è stato effettuato il monitoraggio perché c'è stata una sola assunzione nel mese di novembre

GOVERNO DEI TEMPI DI ATTESA

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.

Grado di Raggiungimento

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. Valutazione dell'obiettivo con riferimento solo al 2° semestre 2012	92,27%	35,0%	x	x	x
---	--	---	---------------	--------------	---	---	---

L'obiettivo correlato alle RAR potrebbe essere modificato in seguito agli accordi sulle RAR sottoscritti con le OO.SS.

per il periodo dal 01/07/2012 al 31/12/2012 rispettano i tempi previsti per la refertazione il 72,93% delle piccole biopsie e il 71,59% dei prodotti chirurgici. Dato aggregato: 72,55% che diventa pari a 78,43% se si tiene conto delle lunghe assenze del personale dirigente.

PROGRAMMI DI SCREENING

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.

Grado di Raggiungimento

mandare a regime il percorso one day diagnosis già sperimentato a fine 2011	dal 1° luglio è garantito il percorso one day diagnosis per gli approfondimenti da screening regionale	tutti i casi provenienti da screening regionale sono processati secondo il protocollo one day a partire dal 1° luglio. Le eventuali eccezioni devono essere adeguatamente motivate	rinvio al 2013		x	x	x
---	--	--	-----------------------	--	---	---	---

In sede di 2° revisione di budget si propone uno slittamento della data del primo luglio in attesa dell'avvio del meccanismo di coordinamento regionale.

L'obiettivo correlato alle RAR potrebbe essere modificato in seguito agli accordi sulle RAR sottoscritti con le OO.SS.

L'obiettivo viene rinviato al 2013 in quanto non sono pervenuti casi di screening da parte della Regione (verbale n. 9 OIVP)

Con nota prot.n. 17514/S del 14/11/2012 è stato formalizzato il percorso "One Day Diagnosis" da parte dell'unità di diagnostica senologica clinico-strumentale del CRO

SISTEMI INFORMATIVI

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.

Grado di Raggiungimento

utilizzo del sistema di refertazione vocale	refertazione vocale attiva e pienamente utilizzata	semplificazione delle procedure di supporto alla refertazione	in linea e non in linea per il professionista coinvolto nelle RAR		x		x
---	--	---	--	--	---	--	---

Ai fini delle RAR, l'obiettivo è valutato solo con riferimento ad 1 dirigente non coinvolto nel 2011.

L'obiettivo correlato alle RAR potrebbe essere modificato in seguito agli accordi sulle RAR sottoscritti con le OO.SS.

Solo a partire da giugno Insiel ha fornito un sistema di monitoraggio più preciso. Il monitoraggio del periodo giugno-dicembre evidenzia un grado di raggiungimento del 17,60% per il professionista potenzialmente interessato alla corresponsione delle RAR e del 70,38% per gli altri professionisti (escluso il direttore della struttura). Si precisa che un professionista ha preferito utilizzare le macro rispetto alla refertazione vocale. Escludendo i referti di questo professionista la percentuale sale a 77,09%. Con Verbale n. 10 del 20/05/2013 l'OIVP, premesso che il target prevede la "semplificazione delle procedure di supporto alla refertazione", ritiene l'obiettivo raggiunto alla luce di peculiarità relative alle funzioni specifiche prodotte dalla quasi totalità dei dirigenti. Si segnala l'unica eccezione del dirigente coinvolto nelle RAR rispetto al quale il grado di utilizzo del sistema evidenzia valori largamente inadeguati rispetto alle aspettative.

RISORSE PRODOTTI SANITARI

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.

Grado di Raggiungimento

rispettare il budget assegnato per il materiale diagnostico acquistato con fondi istituzionali	importo assegnato a livello dipartimentale	€ 2.380.000	96,18%	25,0%		x	
--	--	-------------	--------	-------	--	---	--

Il raggiungimento dell'obiettivo viene correlato all'andamento dei volumi complessivi di attività (verbale n. 9 OIVP)

Il consumo di materiale diagnostico acquistato con fondi istituzionali è pari a € 2.653.675, con un grado di raggiungimento del 88,5%. L'OIVP con verbale n. 11 del 18/6/13 "rileva uno scostamento positivo nei ricavi dell'attività ambulatoriale per esterni pari a circa € 182.000 a fronte di un incremento complessivo dei costi rispetto al budget di circa € 273.000. Si è quindi in presenza di uno scostamento negativo complessivamente pari a livello dipartimentale a circa € 91.000 ... suggerisce all'azienda di riparametrare rispetto a tale valore il raggiungimento dell'obiettivo ritenendo in tal modo di aver accettato anche le motivazioni presentate dai singoli responsabili dei servizi."

% raggiungimento ob. retrib. result

% valutazione

Totale raggiungimento obiettivi valutati

95,14%

100,00%

MONITORAGGIO BUDGET 2012 - SOC IMMUNOTRASFUSIONALE E RACC. CELL. STAMINALI - Valutato dall'OIVP con verbali n. 10 del 20/05/2013, n. 11 del 18/06/2013 e n. 12 del 17/07/2013

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 dei direttori 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.

FUNZIONI COORDINATE

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
piena attivazione della funzionalità del dipartimento interaziendale di medicina trasfusionale	Attuazione dell'accordo con AOSMA nella formulazione inviata alla Direzione Centrale entro il 31.07	evidenza della realizzazione dell'indicatore.	100,00%	20,0%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

L'obiettivo correlato alle RAR potrebbe essere modificato in seguito agli accordi sulle RAR sottoscritti con le OO.SS.

con nota prot. 22160/DG AOSMA del 20.07.2012 è stato trasmesso alla DCSISPS il progetto di revisione operativa e strutturale della funzione coordinata di Area Vasta di Medicina Trasfusionale. Con delibera n. 187 del 14.12.2012 è stato approvato l'accordo interaziendale con l'azienda ospedaliera "S. Maria degli Angeli" di Pordenone per la disciplina delle attività di medicina trasfusionale - ART. 31 D.LGS. N. 165/2001.

ATTIVITÀ

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
attività trasfusionale	numero di visite trasfusionali	5.700	100,00%	5,0%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

L'obiettivo è valutato secondo un criterio proporzionale

6.602

attività di ricerca	valore impact factor normalizzato	valore: media biennio 2010-2011 (obiettivo 174,450)	100,00%	20,0%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
---------------------	-----------------------------------	---	---------	-------	--------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

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

valore impact factor normalizzato: 297

produzione scientifica	punti attività scientifica	punteggio > 4	100,00%	5,0%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
------------------------	----------------------------	---------------	---------	------	--------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

I punteggi realizzati vengono valutati come segue:

un punteggio >= 4 punti = 100%

un punteggio < 1 punti = 0

il restante = 80%

15 punti (valutate solo le collaborazioni tra strutture operative, la produzione di materiale divulgativo, i trials ed i finanziamenti ad esclusione delle oblazioni)

GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
certificazione e accreditamento	Certificazione ISO 9001-2008: revisione del manuale di qualità del dipartimento	Evidenza dell'indicatore	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Revisione conclusa.

GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
certificazione e accreditamento	certificazione ISO 9001-2008 : rispetto delle scadenze ed esito positivo delle visite di sorveglianza	mantenimento della certificazione ISO 9001-2008	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<p>La visita di mantenimento in data 22-23 novembre ha dato esito positivo (nessuna non conformità). La struttura ha ottenuto il mantenimento della certificazione.</p>							
certificazione e accreditamento	prosecuzione del programma jacie in vista dell'accREDITAMENTO	prosecuzione del programma jacie in vista dell'accREDITAMENTO	100,00%	25,0%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<p>si sono svolti gli audit interni, sono state approvate alcune delle procedure obbligatorie, continua la valutazione del personale relativamente al mantenimento delle competenze, è stato svolto l'audit su documentazione clinica secondo gli standard JACIE, è stata inviata la richiesta di visita di accREDITAMENTO e attivata la team box on line per la gestione e invio della documentazione necessaria. In data 25/10/2012 è stata fatta domanda di accREDITAMENTO.</p>							
partecipazione al programma di accREDITAMENTO internazionale	i professionisti garantiscono il contributo alle attività connesse al mantenimento dell'accREDITAMENTO (autovalutazione e avvio dei lavori di team relativi all'analisi della road map e alla definizione delle priorità di intervento)	autovalutazione avvio dei lavori dei team (analisi della road map e definizione delle priorità di intervento)	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<p>Eseguita autovalutazione. Tutti i team hanno preso visione della road map e si sono attivati per la definizione del piano di miglioramento relativo alle criticità emerse.</p>							

GESTIONE RISORSE UMANE E ORGANIZZAZIONE

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
gestire le ferie	numero gg di ferie da fruire entro il 31/12/2012: 293 Il monitoraggio sarà effettuato a livello complessivo di struttura operativa. Se l'obiettivo non è raggiunto si valuterà positivamente in presenza di un abbattimento delle ferie pregresse \geq alla media delle strutture oggetto di valutazione (verbale n. 9 OIVP) 293 giorni	100% ferie anno corrente e abbattimento ferie pregresse: per il personale con residuo ferie al 1/1/12 > 8 gg: ridurre il residuo ferie al 1/1/12 di almeno il 20%; b) per il personale con residuo ferie al 1/1/12 \leq 8 gg: residuo ferie al 1/1/13 \leq 8 gg.	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p><i>nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso.</i></p>							
<p>287 giorni. Con Verbale n. 10 del 20/05/2013 l'OIVP prede atto del valore calcolato in sede istruttoria pari all'abbattimento percentuale del 8,54 che è leggermente inferiore allo standard atteso di 8,69%. L'esiguità dello scostamento porta a ritenere l'obiettivo raggiunto.</p>							
applicazione del regolamento aziendale sull'orario di lavoro	monitoraggio della gestione risorse umane	applicazione del regolamento	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>E' stata attivata la gestione decentrata delle presenze/assenze.</p>							

GESTIONE RISORSE UMANE E ORGANIZZAZIONE

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
piani di lavoro	i piani devono essere inviati alla direzione sanitaria entro la fine del mese precedente a quello cui la programmazione si riferisce	i piani di lavoro sono inviati regolarmente rispettando l'indicatore	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gennaio - Dicembre inviati nei termini							
valutazione dei dirigenti	le valutazioni dei dirigenti sono completate secondo le indicazioni diffuse dalle direzioni	completamento dei percorsi di valutazione dei dirigenti previsti nel 2012	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
valutazione effettuata con riferimento all'anno 2011							
partecipazione del personale della struttura a specifiche attività formative individuate dalle direzioni	partecipazione di almeno 1 dirigente o, qualora indicato, di 1 personale del comparto, alle attività formative richieste dalle Direzioni (le attività formative verranno segnalate ad hoc)	evidenza della partecipazione	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Attività formative individuate dalle Direzioni:							
<ol style="list-style-type: none"> 1. Radioprotezione Metabolica, IORT e Pazienti iniettati PET 2. Riunione annuale del Comitato Scientifico Internazionale 3. Corso sul mentoring. 4. Riunione del 27. 11 sulla sicurezza 5. Corso Bundles per la prevenzione delle infezioni 6. Corso "Utilizzo dei gas medicali in sicurezza" 7. Corso "Utilizzo dell'azoto liquido in sicurezza. Impianti e apparecchiature criogeniche." <p>Valutato insieme alla patologia oncologica.</p>							
Procedura per la formazione e valorizzazione del neoassunto, compresi i contratti atipici	monitoraggio a campione da parte della dir. san. della scheda di valutazione a partire dal 1° maggio. Il campione deve riguardare almeno il 50% del personale inserito a partire dal 1° maggio con eventuali approssimazioni per eccesso (es.: 1 = 1, 3 = 2)	Applicazione della procedura definita nel 2011	non valutabile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Non ci sono stati neoassunti							

RISORSE PRODOTTI SANITARI

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
rispettare il budget assegnato per il materiale diagnostico acquistato con fondi istituzionali	importo assegnato a livello dipartimentale	€ 2.380.000	96,18%	25,0%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Il raggiungimento dell'obiettivo viene correlato all'andamento dei volumi complessivi di attività (verbale n. 9 OIVP)

Il consumo di materiale diagnostico acquistato con fondi istituzionali è pari a € 2.653.675, con un grado di raggiungimento del 88,5%. L'OIVP con verbale n. 11 del 18/6/13 "rileva uno scostamento positivo nei ricavi dell'attività ambulatoriale per esterni pari a circa € 182.000 a fronte di un incremento complessivo dei costi rispetto al budget di circa € 273.000. Si è quindi in presenza di uno scostamento negativo complessivamente pari a livello dipartimentale a circa € 91.000 ... suggerisce all'azienda di riparametrare rispetto a tale valore il raggiungimento dell'obiettivo ritenendo in tal modo di aver accettato anche le motivazioni presentate dai singoli responsabili dei servizi."

Totale raggiungimento obiettivi valutati

% raggiungimento
ob. retrib. risult

99,05%

%
valutazione

100,00%

ATTIVITÀ

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
Prestazioni specialistiche ambulatoriali per esterni	valore attività ambulatoriale per esterni	€ 1.090.000	100,00%	50,0%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
L'obiettivo è valutato secondo un criterio proporzionale							
€ 1.108.411							

attività di ricerca	valore impact factor normalizzato	valore: media biennio 2010-2011 (obiettivo 174,450)	100,00%	20,0%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
L'obiettivo è assegnato e valutato a livello dipartimentale secondo il criterio di proporzionalità.							
valore impact factor normalizzato: 297							

produzione scientifica	punti attività scientifica	punteggio > 4	80,00%	5,0%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
I punteggi realizzati vengono valutati come segue: un punteggio >= 4 punti = 100% un punteggio < 1 punti = 0 il restante = 80%							
2 punti							

GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
certificazione e accreditamento	Certificazione ISO 9001-2008: revisione del manuale di qualità del dipartimento	Evidenza dell'indicatore	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Revisione conclusa.							

certificazione e accreditamento	certificazione ISO 9001-2008 : rispetto delle scadenze ed esito positivo delle visite di sorveglianza	mantenimento della certificazione ISO 9001-2008	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
La visita di mantenimento in data 22-23 novembre ha dato esito positivo (nessuna non conformità). La struttura ha ottenuto il mantenimento della certificazione.							

partecipazione al programma di accreditamento internazionale	i professionisti garantiscono il contributo alle attività connesse al mantenimento dell'accreditamento (autovalutazione e avvio dei lavori di team relativi all'analisi della road map e alla definizione delle priorità di intervento)	autovalutazione avvio dei lavori dei team (analisi della road map e definizione delle priorità di intervento)	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Eseguita autovalutazione. Tutti i team hanno preso visione della road map e si sono attivati per la definizione del piano di miglioramento relativo alle criticità emerse.							

GESTIONE RISORSE UMANE E ORGANIZZAZIONE

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
gestire le ferie	numero gg di ferie da fruire entro il 31/12/2012: 42 Il monitoraggio sarà effettuato a livello complessivo di struttura operativa. Se l'obiettivo non è raggiunto si valuterà positivamente in presenza di un abbattimento delle ferie pregresse ≥ alla media delle strutture oggetto di valutazione (verbale n. 9 OIVP) 42 giorni	100% ferie anno corrente e abbattimento ferie pregresse: per il personale con residuo ferie al 1/1/12 > 8 gg: ridurre il residuo ferie al 1/1/12 di almeno il 20%; b) per il personale con residuo ferie al 1/1/12 ≤ 8 gg: residuo ferie al 1/1/13 ≤ 8 gg.	in linea	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso.							
47 giorni							
applicazione del regolamento aziendale sull'orario di lavoro	monitoraggio della gestione risorse umane	applicazione del regolamento	in linea	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E' stata attivata la gestione decentrata delle presenze/assenze.							
piani di lavoro	i piani devono essere inviati alla direzione sanitaria entro la fine del mese precedente a quello cui la programmazione si riferisce	i piani di lavoro sono inviati regolarmente rispettando l'indicatore	in linea	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Valutato con l'Immunotrasfusionale: Gennaio - Dicembre inviati nei termini							
valutazione dei dirigenti	le valutazioni dei dirigenti sono completate secondo le indicazioni diffuse dalle direzioni	completamento dei percorsi di valutazione dei dirigenti previsti nel 2012	in linea	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
valutazione effettuata con riferimento all'anno 2011							
partecipazione del personale della struttura a specifiche attività formative individuate dalle direzioni	partecipazione di almeno 1 dirigente o, qualora indicato, di 1 personale del comparto, alle attività formative richieste dalle Direzioni (le attività formative verranno segnalate ad hoc)	evidenza della partecipazione	in linea	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Attività formative individuate dalle Direzioni: 1. Radioprotezione Metabolica, IORT e Pazienti iniettati PET 2. Riunione annuale del Comitato Scientifico Internazionale 3. Corso sul mentoring. 4. Riunione del 27. 11 sulla sicurezza 5. Corso Bundles per la prevenzione delle infezioni 6. Corso "Utilizzo dei gas medicali in sicurezza" 7. Corso "Utilizzo dell'azoto liquido in sicurezza. Impianti e apparecchiature criogeniche." Valutato insieme all'immunotrasfusionale.							
Procedura per la formazione e valorizzazione del neoassunto, compresi i contratti atipici	monitoraggio a campione da parte della dir. san. della scheda di valutazione a partire dal 1° maggio. Il campione deve riguardare almeno il 50% del personale inserito a partire dal 1° maggio con eventuali approssimazioni per eccesso (es.: 1 =1, 3= 2)	Applicazione della procedura definita nel 2011	non valutabile	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Non ci sono stati neoassunti							

SISTEMI INFORMATIVI

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
ridefinizione dell'anagrafe delle prestazioni specifiche della struttura anche in relazione al coordinamento delle funzioni dei laboratori di AV	1. parametrizzazione del sistema G3; 2. dal mese di ottobre le prestazioni sono registrate in cup-web secondo la nuova parametrizzazione	evidenza degli indicatori	in linea		x	x	x

L'obiettivo correlato alle RAR potrebbe essere modificato in seguito agli accordi sulle RAR sottoscritti con le OO.SS.

Dal 16.11.2012 una parte dell'attività è registrata in cup-web secondo la nuova parametrizzazione. Non è stato possibile rendere operativa tutta l'attività di parametrizzazione per problemi connessi al sistema informativo regionale (Insiel). L'obiettivo viene considerato raggiunto (verbale n. 9 OIVP).

RISORSE PRODOTTI SANITARI

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
rispettare il budget assegnato per il materiale diagnostico acquistato con fondi istituzionali	importo assegnato a livello dipartimentale	€ 2.380.000	96,18%	25,0%	x	x	x

Il raggiungimento dell'obiettivo viene correlato all'andamento dei volumi complessivi di attività (verbale n. 9 OIVP)

**Il consumo di materiale diagnostico acquistato con fondi istituzionali è pari a € 2.653.675, con un grado di raggiungimento del 88,5%.
L'OIVP con verbale n. 11 del 18/6/13 "rileva uno scostamento positivo nei ricavi dell'attività ambulatoriale per esterni pari a circa € 182.000 a fronte di un incremento complessivo dei costi rispetto al budget di circa € 273.000. Si è quindi in presenza di uno scostamento negativo complessivamente pari a livello dipartimentale a circa € 91.000 ... suggerisce all'azienda di riparametrare rispetto a tale valore il raggiungimento dell'obiettivo ritenendo in tal modo di aver accettato anche le motivazioni presentate dai singoli responsabili dei servizi."**

Totale raggiungimento obiettivi valutati	% raggiungimento ob. retrib. risult	% valutazione
	98,05%	100,00%

**MONITORAGGIO BUDGET 2012 - SOC ONCOEMATOLOGIA CLINICO
SPERIMENTALE - Valutato dall'OIVP con verbali n. 10 del 20/05/2013, n. 11 del
18/06/2013 e n. 12 del 17/07/2013**

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 dei direttori 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

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
Funzionamento a regime della core facility citofluorimetria	tutte le procedure diagnostiche con tecnica citofluorimetrica sono eseguite con risorse centralizzate (tecnologie e personale) a partire dal 1° ottobre	rispetto del programma di funzionamento secondo quanto prospettato nel piano di fattibilità approvato dalla Direzione	in linea		x	x	x

L'obiettivo correlato alle RAR potrebbe essere modificato in seguito agli accordi sulle RAR sottoscritti con le OO.SS.

Dal 01.10 è attiva la core facility: i referti della struttura di microbiologia relativi alle prestazioni eseguite con tecnica citofluorimetrica riportano la nota "Lettura effettuata presso core-facility di citofluorimetria presso SOC Oncoematologia clinico sperimentale".

ATTIVITÀ

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
Prestazioni specialistiche ambulatoriali per esterni	valore attività ambulatoriale per esterni	€ 600.000	100,00%	50,0%		x	x
L'obiettivo è valutato secondo un criterio proporzionale							
€ 769.001							
attività di ricerca	valore impact factor normalizzato	valore: media biennio 2010-2011 (obiettivo 174,450)	100,00%	30,0%		x	x

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

valore impact factor normalizzato: 297

produzione scientifica	punti attività scientifica	punteggio > 4	100,00%	5,0%		x	x
------------------------	----------------------------	---------------	---------	------	--	---	---

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

21 punti (valutate solo le collaborazioni tra strutture operative, la produzione di materiale divulgativo, i trials ed i finanziamenti ad esclusione delle oblazioni)

GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
certificazione e accreditamento	Certificazione ISO 9001-2008: revisione del manuale di qualità del dipartimento	Evidenza dell'indicatore	in linea			x	x

Revisione conclusa.

GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
certificazione e accreditamento	certificazione ISO 9001-2008 : rispetto delle scadenze ed esito positivo delle visite di sorveglianza	mantenimento della certificazione ISO 9001-2008	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

La visita di mantenimento in data 22-23 novembre ha dato esito positivo (nessuna non conformità). La struttura ha ottenuto il mantenimento della certificazione.

partecipazione al programma di accreditamento internazionale	i professionisti garantiscono il contributo alle attività connesse al mantenimento dell'accREDITamento (autovalutazione e avvio dei lavori di team relativi all'analisi della road map e alla definizione delle priorità di intervento)	autovalutazione avvio dei lavori dei team (analisi della road map e definizione delle priorità di intervento)	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
--	---	---	----------	--------------------------	--------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

Eseguita autovalutazione. Tutti i team hanno preso visione della road map e si sono attivati per la definizione del piano di miglioramento relativo alle criticità emerse.

GESTIONE RISORSE UMANE E ORGANIZZAZIONE

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
gestire le ferie	numero gg di ferie da fruire entro il 31/12/2012: 154 Il monitoraggio sarà effettuato a livello complessivo di struttura operativa. Se l'obiettivo non è raggiunto si valuterà positivamente in presenza di un abbattimento delle ferie pregresse \geq alla media delle strutture oggetto di valutazione (verbale n. 9 OIVP) 154 giorni	100% ferie anno corrente e abbattimento ferie pregresse: per il personale con residuo ferie al 1/1/12 > 8 gg: ridurre il residuo ferie al 1/1/12 di almeno il 20%; b) per il personale con residuo ferie al 1/1/12 \leq 8 gg: residuo ferie al 1/1/13 \leq 8 gg.	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

158 giorni

applicazione del regolamento aziendale sull'orario di lavoro	monitoraggio della gestione risorse umane	applicazione del regolamento	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	---	------------------------------	----------	--------------------------	--------------------------	-------------------------------------	--------------------------

E' stata attivata la gestione decentrata delle presenze/assenze.

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

Gennaio - Dicembre inviati nei termini

valutazione dei dirigenti	le valutazioni dei dirigenti sono completate secondo le indicazioni diffuse dalle direzioni	completamento dei percorsi di valutazione dei dirigenti previsti nel 2012	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---------------------------	---	---	----------	--------------------------	--------------------------	-------------------------------------	--------------------------

valutazione effettuata con riferimento all'anno 2011

GESTIONE RISORSE UMANE E ORGANIZZAZIONE

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
partecipazione del personale della struttura a specifiche attività formative individuate dalle direzioni	partecipazione di almeno 1 dirigente o, qualora indicato, di 1 personale del comparto, alle attività formative richieste dalle Direzioni (le attività formative verranno segnalate ad hoc)	evidenza della partecipazione	in linea			x	x

Attività formative individuate dalle Direzioni:

1. Radioprotezione Metabolica, IORT e Pazienti iniettati PET
2. Riunione annuale del Comitato Scientifico Internazionale
3. Corso sul mentoring.
4. Riunione del 27. 11 sulla sicurezza
5. Corso Bundles per la prevenzione delle infezioni
6. Corso "Utilizzo dei gas medicali in sicurezza"
7. Corso "Utilizzo dell'azoto liquido in sicurezza. Impianti e apparecchiature criogeniche."

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

Il monitoraggio sul campione selezionato dalla direzione ha evidenziato l'applicazione della procedura

RISORSE PRODOTTI SANITARI

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
rispettare il budget assegnato per il materiale diagnostico acquistato con fondi istituzionali	importo assegnato a livello dipartimentale	€ 2.380.000	96,18%	15,0%		x	

Il raggiungimento dell'obiettivo viene correlato all'andamento dei volumi complessivi di attività (verbale n. 9 OIVP)

Il consumo di materiale diagnostico acquistato con fondi istituzionali è pari a € 2.653.675, con un grado di raggiungimento del 88,5%.

L'OIVP con verbale n. 11 del 18/6/13 "rileva uno scostamento positivo nei ricavi dell'attività ambulatoriale per esterni pari a circa € 182.000 a fronte di un incremento complessivo dei costi rispetto al budget di circa € 273.000. Si è quindi in presenza di uno scostamento negativo complessivamente pari a livello dipartimentale a circa € 91.000 ... suggerisce all'azienda di riparametrare rispetto a tale valore il raggiungimento dell'obiettivo ritenendo in tal modo di aver accettato anche le motivazioni presentate dai singoli responsabili dei servizi."

% raggiungimento
ob. retrib. result

%
valutazione

Totale raggiungimento obiettivi valutati

99,43%

100,00%

MONITORAGGIO BUDGET 2012 - SOC MICROBIOLOGIA, IMMUNOLOGIA E VIROLOGIA - Valutato dall'OIVP con verbali n. 10 del 20/05/2013, n. 11 del 18/06/2013 e n. 12 del 17/07/2013

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 dei direttori 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

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
Funzionamento a regime della core facility citofluorimetria	tutte le procedure diagnostiche con tecnica citofluorimetrica sono eseguite con risorse centralizzate (tecnologie e personale) a partire dal 1° ottobre	rispetto del programma di funzionamento secondo quanto prospettato nel piano di fattibilità approvato dalla Direzione	in linea		x	x	x

L'obiettivo correlato alle RAR potrebbe essere modificato in seguito agli accordi sulle RAR sottoscritti con le OO.SS.

Dal 01.10 è attiva la core facility: i referti della struttura di microbiologia relativi alle prestazioni eseguite con tecnica citofluorimetrica riportano la nota "Lettura effettuata presso core-facility di citofluorimetria presso SOC Oncoematologia clinico sperimentale".

ATTIVITÀ

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
Prestazioni specialistiche ambulatoriali per esterni	valore attività ambulatoriale per esterni	€ 375.000	100,00%	50,0%		x	x
L'obiettivo è valutato secondo un criterio proporzionale							
€ 399.585							
attività di ricerca	valore impact factor normalizzato	valore: media biennio 2010-2011 (obiettivo 174,450)	100,00%	20,0%		x	x

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

valore impact factor normalizzato: 297

produzione scientifica	punti attività scientifica	punteggio > 4	100,00%	5,0%		x	x
I punteggi realizzati vengono valutati come segue: un punteggio >= 4 punti = 100% un punteggio < 1 punti = 0 il restante = 80%							
5 punti							

GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.
Grado di Raggiungimento						
certificazione e accreditamento	Certificazione ISO 9001-2008: revisione del manuale di qualità del dipartimento	Evidenza dell'indicatore	in linea		x	x

Revisione conclusa.

GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
certificazione e accreditamento	certificazione ISO 9001-2008 : rispetto delle scadenze ed esito positivo delle visite di sorveglianza	mantenimento della certificazione ISO 9001-2008	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

La visita di mantenimento in data 22-23 novembre ha dato esito positivo (nessuna non conformità). La struttura ha ottenuto il mantenimento della certificazione.

partecipazione al programma di accreditamento internazionale	i professionisti garantiscono il contributo alle attività connesse al mantenimento dell'accreditamento (autovalutazione e avvio dei lavori di team relativi all'analisi della road map e alla definizione delle priorità di intervento)	autovalutazione avvio dei lavori dei team (analisi della road map e definizione delle priorità di intervento)	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
--	---	---	----------	--------------------------	--------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

Eseguita autovalutazione. Tutti i team hanno preso visione della road map e si sono attivati per la definizione del piano di miglioramento relativo alle criticità emerse.

GESTIONE RISORSE UMANE E ORGANIZZAZIONE

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
gestire le ferie	numero gg di ferie da fruire entro il 31/12/2012: 179 Il monitoraggio sarà effettuato a livello complessivo di struttura operativa. Se l'obiettivo non è raggiunto si valuterà positivamente in presenza di un abbattimento delle ferie pregresse \geq alla media delle strutture oggetto di valutazione (verbale n. 9 OIVP) 179 giorni	100% ferie anno corrente e abbattimento ferie pregresse: per il personale con residuo ferie al 1/1/12 > 8 gg: ridurre il residuo ferie al 1/1/12 di almeno il 20%; b) per il personale con residuo ferie al 1/1/12 \leq 8 gg: residuo ferie al 1/1/13 \leq 8 gg.	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

144 giorni. Con Verbale n. 10 del 20/05/2013 l'OIVP prede atto del valore calcolato in sede istruttoria pari all'abbattimento percentuale del 3,77 e che l'obiettivo non è raggiunto in relazione a particolari condizioni spiegate dal responsabile della struttura. Per tali motivi l'OIVP lo ritiene in linea

applicazione del regolamento aziendale sull'orario di lavoro	monitoraggio della gestione risorse umane	applicazione del regolamento	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	---	------------------------------	----------	--------------------------	--------------------------	-------------------------------------	--------------------------

E' stata attivata la gestione decentrata delle presenze/assenze.

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

Gennaio - Dicembre inviati nei termini

valutazione dei dirigenti	le valutazioni dei dirigenti sono completate secondo le indicazioni diffuse dalle direzioni	completamento dei percorsi di valutazione dei dirigenti previsti nel 2012	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---------------------------	---	---	----------	--------------------------	--------------------------	-------------------------------------	--------------------------

valutazione effettuata con riferimento all'anno 2011

GESTIONE RISORSE UMANE E ORGANIZZAZIONE

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
partecipazione del personale della struttura a specifiche attività formative individuate dalle direzioni	partecipazione di almeno 1 dirigente o, qualora indicato, di 1 personale del comparto, alle attività formative richieste dalle Direzioni (le attività formative verranno segnalate ad hoc)	evidenza della partecipazione	in linea			x	x

Attività formative individuate dalle Direzioni:

1. Radioprotezione Metabolica, IORT e Pazienti iniettati PET
2. Riunione annuale del Comitato Scientifico Internazionale
3. Corso sul mentoring.
4. Riunione del 27. 11 sulla sicurezza
5. Corso Bundles per la prevenzione delle infezioni
6. Corso "Utilizzo dei gas medicali in sicurezza"
7. Corso "Utilizzo dell'azoto liquido in sicurezza. Impianti e apparecchiature criogeniche."

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

Il monitoraggio sul campione selezionato dalla direzione ha evidenziato l'applicazione della procedura

RISORSE PRODOTTI SANITARI

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
rispettare il budget assegnato per il materiale diagnostico acquistato con fondi istituzionali	importo assegnato a livello dipartimentale	€ 2.380.000	96,18%	25,0%		x	

Il raggiungimento dell'obiettivo viene correlato all'andamento dei volumi complessivi di attività (verbale n. 9 OIVP)

Il consumo di materiale diagnostico acquistato con fondi istituzionali è pari a € 2.653.675, con un grado di raggiungimento del 88,5%.

L'OIVP con verbale n. 11 del 18/6/13 "rileva uno scostamento positivo nei ricavi dell'attività ambulatoriale per esterni pari a circa € 182.000 a fronte di un incremento complessivo dei costi rispetto al budget di circa € 273.000. Si è quindi in presenza di uno scostamento negativo complessivamente pari a livello dipartimentale a circa € 91.000 ... suggerisce all'azienda di riparametrare rispetto a tale valore il raggiungimento dell'obiettivo ritenendo in tal modo di aver accettato anche le motivazioni presentate dai singoli responsabili dei servizi."

% raggiungimento
ob. retrib. result

%
valutazione

Totale raggiungimento obiettivi valutati

99,05%

100,00%

ATTIVITÀ

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
attività di ricerca	valore impact factor normalizzato	valore: media biennio 2010-2011 (obiettivo 174,450)	100,00%	50,0%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

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

valore impact factor normalizzato: 297

produzione scientifica	punti attività scientifica	punteggio > 4	100,00%	10,0%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
------------------------	----------------------------	---------------	---------	-------	--------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

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

19,8 punti (valutate solo le collaborazioni tra strutture operative, la produzione di materiale divulgativo, i trials ed i finanziamenti ad esclusione delle oblazioni)

attivazione laboratorio diagnostico	definizione del percorso organizzativo per le prestazioni concordate con le direzioni	è attivo il laboratorio diagnostico	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------------------------------------	---	-------------------------------------	----------	--------------------------	--------------------------	-------------------------------------	--------------------------

l'obiettivo viene considerato raggiunto (verbale n. 9 OIVP)

sono state definiti le procedure di ricerca e genotipizzazione del genoma di chlamydia psittaci in campioni biologici e del genoma di borrelia burgdorferi s.l. in campioni biologici. Non è stato attivato il laboratorio diagnostico per problemi correlati al sistema informativo regionale.

GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
certificazione e accreditamento	Certificazione ISO 9001-2008: revisione del manuale di qualità del dipartimento	Evidenza dell'indicatore	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Revisione conclusa.

partecipazione al programma di accreditamento internazionale	i professionisti garantiscono il contributo alle attività connesse al mantenimento dell'accreditamento (autovalutazione e avvio dei lavori di team relativi all'analisi della road map e alla definizione delle priorità di intervento)	autovalutazione avvio dei lavori dei team (analisi della road map e definizione delle priorità di intervento)	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
--	---	---	----------	--------------------------	--------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

Eseguita autovalutazione. Tutti i team hanno preso visione della road map e si sono attivati per la definizione del piano di miglioramento relativo alle criticità emerse.

GESTIONE RISORSE UMANE E ORGANIZZAZIONE

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.
Grado di Raggiungimento						

GESTIONE RISORSE UMANE E ORGANIZZAZIONE

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
gestire le ferie	numero gg di ferie da fruire entro il 31/12/2012: 81 Il monitoraggio sarà effettuato a livello complessivo di struttura operativa. Se l'obiettivo non è raggiunto si valuterà positivamente in presenza di un abbattimento delle ferie pregresse \geq alla media delle strutture oggetto di valutazione (verbale n. 9 OIVP) 81 giorni	100% ferie anno corrente e abbattimento ferie pregresse: per il personale con residuo ferie al 1/1/12 > 8 gg: ridurre il residuo ferie al 1/1/12 di almeno il 20%; b) per il personale con residuo ferie al 1/1/12 \leq 8 gg: residuo ferie al 1/1/13 \leq 8 gg.	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	x	<input type="checkbox"/>

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

79 giorni, ma con % abbattimento superiore alla media

applicazione del regolamento aziendale sull'orario di lavoro	monitoraggio della gestione risorse umane	applicazione del regolamento	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	x	<input type="checkbox"/>
--	---	------------------------------	----------	--------------------------	--------------------------	---	--------------------------

E' stata attivata la gestione decentrata delle presenze/assenze.

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

Gennaio - Dicembre inviati nei termini

partecipazione del personale della struttura a specifiche attività formative individuate dalle direzioni	partecipazione di almeno 1 dirigente o, qualora indicato, di 1 personale del comparto, alle attività formative richieste dalle Direzioni (le attività formative verranno segnalate ad hoc)	evidenza della partecipazione	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	x	x
--	--	-------------------------------	----------	--------------------------	--------------------------	---	---

Attività formative individuate dalle Direzioni:

1. Radioprotezione Metabolica, IORT e Pazienti iniettati PET
2. Riunione annuale del Comitato Scientifico Internazionale
3. Corso sul mentoring.
4. Riunione del 27. 11 sulla sicurezza
5. Corso Bundles per la prevenzione delle infezioni
6. Corso "Utilizzo dei gas medicali in sicurezza"
7. Corso "Utilizzo dell'azoto liquido in sicurezza. Impianti e apparecchiature criogeniche."

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

Non ci sono stati neoassunti

SISTEMI INFORMATIVI

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.
Grado di Raggiungimento						

SISTEMI INFORMATIVI

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
utilizzo del sistema g2 clinico	100% a partire dal 01/06/2012	numero di visite di consulenza genetica ambulatoriali presenti in g3 refertate con il g2 clinico	100,00%	25,0%	x	x	x

viene riconosciuta una franchigia del 10% se motivata. Verbale n. 9 del 10/1/2013 OIVP "la franchigia viene applicata (ove prevista) solo se questa consente il raggiungimento al 100% dell'obiettivo..."

L'obiettivo correlato alle RAR potrebbe essere modificato in seguito agli accordi sulle RAR sottoscritti con le OO.SS.

dal 01.06.2012 al 31.12.2012 il 100% delle visite di consulenza genetica è refertato con il g2 clinico

RISORSE PRODOTTI SANITARI

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
rispettare il budget assegnato per il materiale diagnostico acquistato con fondi istituzionali	importo assegnato a livello dipartimentale	€ 2.380.000	96,18%	15,0%		x	

Il raggiungimento dell'obiettivo viene correlato all'andamento dei volumi complessivi di attività (verbale n. 9 OIVP)

Il consumo di materiale diagnostico acquistato con fondi istituzionali è pari a € 2.653.675, con un grado di raggiungimento del 88,5%.

L'OIVP con verbale n. 11 del 18/6/13 "rileva uno scostamento positivo nei ricavi dell'attività ambulatoriale per esterni pari a circa € 182.000 a fronte di un incremento complessivo dei costi rispetto al budget di circa € 273.000. Si è quindi in presenza di uno scostamento negativo complessivamente pari a livello dipartimentale a circa € 91.000 ... suggerisce all'azienda di riparametrare rispetto a tale valore il raggiungimento dell'obiettivo ritenendo in tal modo di aver accettato anche le motivazioni presentate dai singoli responsabili dei servizi."

% raggiungimento
ob. retrib. risult

%
valutazione

Totale raggiungimento obiettivi valutati

99,43%

100,00%

MONITORAGGIO BUDGET 2012 - SOC ONCOLOGIA MEDICA A E TERAPIE ALTE DOSI - Valutato dall'OIVP con verbali n. 10 del 20/05/2013, n. 11 del 18/06/2013 e n. 12 del 17/07/2013

Un'accurata politica del farmaco è di fondamentale importanza per il mantenimento dell'equilibrio economico dell'istituto. Devono essere incentivate tutte le azioni finora attivate al fine di contenere il costo complessivo dei farmaci (genericazione, utilizzo bioequivalenti, biosimilari, appropriatezza prescrittiva, registrazione sistematica onco-aifa). Nel corso dell'anno, a fronte del budget assegnato, dovrà essere effettuato un accurato monitoraggio dell'andamento dei costi: per quanto riguarda la valutazione si terrà conto del valore dei costi comuni (peso 5%) e del valore dei costi propri di struttura (peso 95%). Verrà ritenuto risultato negativo uno scostamento del 5% sui costi comuni e del 1% sui costi propri rispetto al valore determinato dopo la seconda revisione di budget (agosto 2012). L'impegno documentato al raggiungimento del risultato positivo è condizione per la valutazione degli altri obiettivi legati alla retribuzione di risultato dei direttori di struttura complessa e semplice dipartimentale.

ASSISTENZA FARMACEUTICA

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
monitorare l'utilizzo dei farmaci oncologici	% di cartelle implementate regolarmente ≥ 95%	le cartelle oncologiche informatizzate sono implementate regolarmente con tutte le informazioni essenziali. la Regione valuterà l'obiettivo con riferimento al secondo semestre.	100,00%	25,0%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Si precisa che la Regione valuterà l'obiettivo con riferimento al secondo semestre.

Il monitoraggio dell'intero anno 2012 evidenzia una completezza nell'implementazione della cartella pari al 99,95% da parte delle tre oncologie.

Garantire sul Registro dei Farmaci sottoposti a Monitoraggio l'inserimento di tutte le informazioni previste. Schede di registrazione/diagnosi/fine trattamento devono essere compilate	garantire il 100% dell'inserimento nel RFOM delle informazioni previste: registrazione, diagnosi, richieste di farmaco, effetti indesiderati, rivalutazione dello stato di malattia, fine trattamento	rispetto dell'indicatore	80,00%	10,0%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	---	--------------------------	--------	-------	--------------------------	-------------------------------------	--------------------------

la percentuale di inserimento dei dati nel Registro Farmaci Oncologici sottoposti a Monitoraggio è pari a 80% (nota prot. 18/F del 22.02.2013)

contenimento e governo delle prescrizioni dei farmaci ad alto costo	il 90% della spesa farmaceutica generata da un elenco di farmaci chemioterapici ad alto costo è appropriata secondo le indicazioni ufficiali	rispetto dell'indicatore	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
---	--	--------------------------	----------	--------------------------	--------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

i farmaci oggetto di monitoraggio sono: TRASTUZUMAB, RITUXIMAB, BEVACIZUMAB, PEMETREXED, CETUXIMAB, DOCETAXEL, DOXORUBICINA LIPOSOMIALE PEGILATA, BORTEZOMIB, PANITUMUMAB, DOXORUBICINA LIPOSOMI SEMPLICI, TRABECTIDINA, CITARABINA LIPOSOMIALE, BENDAMUSTINA, PACLITAXEL, EPIRUBICINA 200 SOLUZIONE PRONTA, IFOSFAMIDE 1 G + SOLV. 50 ML EV, TOPOTECAN, GEMCITABINA, PACLITAXEL IN ALBUMINA NANOPARTICELLARE, PLERIXAFOR, VINFLUNINA, CABAZITAXEL e ERIBULINA. Il monitoraggio a livello aziendale del direttore della SOC di farmacia evidenzia i seguenti risultati trimestrali:

1° trimestre: 95%
 2° trimestre: 95%
 3° trimestre: 96%
 4° trimestre: 94%

ASSISTENZA FARMACEUTICA

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
L'azienda incentiva la prescrizione dei medicinali a brevetto scaduto e in particolare dovranno essere promosse iniziative in linea con gli obiettivi previsti dagli indicatori di programmazione e controllo individuati dall'AIFA ai sensi del DL 78/2010.	rapporto tra dosi di farmaci a brevetto scaduto e dosi di originator (se di costo superiore): il 90% delle dosi appartiene al gruppo delle molecole al costo non superiore a quello del farmaco a brevetto scaduto	rispetto dell'indicatore	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

La valutazione effettuata dalla soc di Farmacia con i dati aggiornati al 10.12.2012 ha evidenziato una percentuale superiore al target sia in termini di dosi (98,11%) che in termini di valore (93,51%) (nota prot. 59/2012 F del 17.12.2012).

ATTIVITÀ

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
attività di ricovero	valore DRG ricoveri	€ 14.200.000	100,00%	20,0%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Scala di valutazione che prevede un valore soglia del 60% e un criterio proporzionale per il restante 40%							
€ 14.939.847							

attività di ricovero	valore medio punti DRG ordinari	1 per OMA e 2,8 per Alte Dosi	100%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
1,02 per OMA e 2,78 per Alte Dosi							

attività di ricovero	riduzione degenza media dipartimentale per i ricoveri ordinari (con esclusione della sosd alte dosi)	degenza media dipartimentale per i ricoveri ordinari non superiore a 5 giornate (con esclusione della sosd alte dosi).	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4,97							

Prestazioni specialistiche ambulatoriali per esterni	valore attività ambulatoriale per esterni	€ 280.000	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
L'obiettivo è valutato secondo un criterio proporzionale							
€ 250.112. Con Verbale n. 10 del 20/05/2013 l'OIVP suggerisce di valutare complessivamente la performance economica e clinica della struttura che evidenzia un risultato superiore alle attese; pertanto ritiene l'obiettivo raggiunto.							

attività di ricerca	valore impact factor normalizzato	valore: media biennio 2010-2011 (obiettivo 154,950)	100,00%	20,0%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
l'obiettivo è assegnato e valutato a livello dipartimentale secondo il criterio di proporzionalità.							
valore impact factor normalizzato: 205,5							

ATTIVITÀ

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
produzione scientifica	punti attività scientifica	punteggio > 4	100,00%	5,0%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

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

18,4 punti (valutate solo le collaborazioni tra strutture operative, la produzione di materiale divulgativo, i trials ed i finanziamenti ad esclusione delle oblazioni)

CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
Definire il nuovo modello operativo per il trasferimento delle attività durante i lavori di adeguamento antisismico	modello operativo effettivo corrisponde a quello atteso (monitoraggio da parte della direzione sanitaria)	predisposizione e diffusione del nuovo modello operativo	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

vedi nota prot. n. 13/Dip.OM del 17.05.2013 che descrive il modello operativo attuato per il trasferimento delle attività durante i lavori di adeguamento.

revisione del sistema di continuità assistenziale intraospedaliero	1. Attivazione nuovo sistema di chiamata paziente entro il 31/01 e da febbraio utilizzo del nuovo sistema a chiamata per il 95% dei pazienti ai quali è stato consegnato il sistema patcaller. 2. Entro il 30.05 presentazione del documento di analisi delle criticità e delle proposte di soluzione; 3. entro il 30.09 le prenotazioni per le prestazioni erogate del DH sono associate all'ora di presentazione del paziente; 4. nell'ultimo trimestre il numero di pazienti "fuori lista" è < 5% delle presentazioni.	mappatura dei flussi e delle criticità; riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni da erogarsi in DH; razionalizzazione delle attività	in linea	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
--	---	--	----------	--------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

L'obiettivo correlato alle RAR potrebbe essere modificato in seguito agli accordi sulle RAR sottoscritti con le OO.SS. Viene eliminato il 3° indicatore per problemi tecnici correlati alla sua attuazione (verbale n. 9 OIVP).

**1. il sistema è stato attivato nel mese di gennaio e il monitoraggio del periodo feb-dic evidenzia una percentuale del 94,89%.
 2. con nota prot. 8763/DG del 30.05 è stato trasmesso in Direzione Centrale il documento di analisi, delle criticità e delle proposte di soluzione.
 4. dal 19.11 sono state introdotte alcune modifiche organizzative consistenti in una migliore programmazione degli accessi, con scomparsa dei cosiddetti "fuori lista" (pazienti il cui accesso era organizzato fuori dei canali previsti) e nell'avvio dell'indicazione di fasce orarie per la presentazione dei pazienti che, in questa fase iniziale, sono state limitate a due (7.45 e 8.30). Vedi relazione conclusiva prot. 20226/DS del 28.12.2012.**

revisione del sistema di continuità assistenziale extraospedaliero	1) definizione dei criteri per il monitoraggio e predisposizione griglia entro il 30/04; 2) monitoraggio da parte della direzione sanitaria dal 1° maggio	il 100% delle dimissioni protette rispetta la procedura (monitoraggio della direzione sanitaria)	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
--	---	--	----------	--------------------------	--------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

viene riconosciuta una franchigia del 10% se motivata. Verbale n. 9 del 10/1/2013 OIVP "la franchigia viene applicata (ove prevista) solo se questa consente il raggiungimento al 100% dell'obiettivo..."

La direzione sanitaria ha individuato due criteri di valutazione:

**1. almeno 20 segnalazioni per l'area delle degenze mediche compresa la radioterapia ai Distretti al fini di garantire la continuità assistenziale.
 2. assenza di segnalazioni, da parte dei Distretti, di dimissioni carenti di segnalazione di continuità assistenziale. Il monitoraggio effettuato dalla direzione sanitaria ha evidenziato che sono state effettuate 41 segnalazioni ai distretti sanitari da parte delle strutture di oncologia medica e di radioterapia. Non sono pervenuti reclami relativamente ad assenze o ritardi nelle richieste di continuità assistenziali da parte dei distretti sanitari dell'area vasta pordenonese e da parte di altre realtà sanitarie.**

GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
partecipazione al progetto di revisione della gestione del consenso informato	nella cartella CRO è sempre documentata (≥ 95% dei casi) l'acquisizione del consenso informato da parte del medico curante. I tempi e le modalità di rilevazione sono quelli previsti nel programma regionale del rischio e del governo clinico	il consenso informato è acquisito per tutte le procedure eseguite in regime di ricovero o ambulatoriale per le quali è previsto	100%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
monitoraggio su un campione di 30 cartelle x oma e 30 cartelle x alte dosi: il consenso è acquisito nel 100% dei casi.							
certificazione e accreditamento	certificazione ISO 9001-2008 : rispetto delle scadenze ed esito positivo delle visite di sorveglianza	mantenimento della certificazione ISO 9001-2008	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
La visita di mantenimento in data 22-23 novembre ha dato esito positivo (nessuna non conformità). La struttura ha ottenuto il mantenimento della certificazione.							
certificazione e accreditamento	prosecuzione del programma jacie in vista dell'accreditamento	prosecuzione del programma jacie in vista dell'accreditamento	100,00%	5,0%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
si sono svolti gli audit interni, sono state approvate alcune delle procedure obbligatorie, continua la valutazione del personale relativamente al mantenimento delle competenze, è stato svolto l'audit su documentazione clinica secondo gli standard JACIE, è stata inviata la richiesta di visita di accreditamento e attivata la team box on line per la gestione e invio della documentazione necessaria. In data 25/10/2012 è stata fatta domanda di accreditamento.							
partecipazione al programma di accreditamento internazionale	i professionisti garantiscono il contributo alle attività connesse al mantenimento dell'accreditamento (autovalutazione e avvio dei lavori di team relativi all'analisi della road map e alla definizione delle priorità di intervento)	autovalutazione avvio dei lavori dei team (analisi della road map e definizione delle priorità di intervento)	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Eseguita autovalutazione. Tutti i team hanno preso visione della road map e si sono attivati per la definizione del piano di miglioramento relativo alle criticità emerse.							
introduzione scheda unica di terapia	1.collaborazione alla predisposizione della scheda unica entro giugno 2012; 2. avvio dell'utilizzo da settembre 2012 e 3. utilizzo a regime dal 1 dicembre	riduzione del rischio nella somministrazione farmaci. Valutazione dell'obiettivo solo con riferimento al 3° indicatore "utilizzo a regime dal 1 dicembre"	in linea	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
L'obiettivo correlato alle RAR potrebbe essere modificato in seguito agli accordi sulle RAR sottoscritti con le OO.SS.							
La procedura per definire la scheda è stata predisposta e discussa il 10 agosto con il gruppo di referenti. Con nota prot.n.14616/S del 28/9/2012 è stata trasmessa la procedura per la corretta compilazione della scheda unica di terapia. Nelle giornate del 17 e 18 dicembre la direzione sanitaria ha effettuato il monitoraggio della corretta applicazione della procedura. Il monitoraggio effettuato dalla direzione sanitaria evidenzia l'applicazione della procedura							

GESTIONE RISORSE UMANE E ORGANIZZAZIONE

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.
Grado di Raggiungimento						

GESTIONE RISORSE UMANE E ORGANIZZAZIONE

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
gestire le ferie	numero gg di ferie da fruire entro il 31/12/2012: 535 Il monitoraggio sarà effettuato a livello complessivo di struttura operativa. Se l'obiettivo non è raggiunto si valuterà positivamente in presenza di un abbattimento delle ferie pregresse ≥ alla media delle strutture oggetto di valutazione (verbale n. 9 OIVP) 535 giorni	100% ferie anno corrente e abbattimento ferie pregresse: per il personale con residuo ferie al 1/1/12 > 8 gg: ridurre il residuo ferie al 1/1/12 di almeno il 20%; b) per il personale con residuo ferie al 1/1/12 ≤ 8 gg: residuo ferie al 1/1/13 ≤ 8 gg.	non in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p><i>nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso.</i></p> <p>479 giorni</p>							
applicazione del regolamento aziendale sull'orario di lavoro	monitoraggio della gestione risorse umane	applicazione del regolamento	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E' stata attivata la gestione decentrata delle presenze/assenze.							
piani di lavoro	i piani devono essere inviati alla direzione sanitaria entro la fine del mese precedente a quello cui la programmazione si riferisce	i piani di lavoro sono inviati regolarmente rispettando l'indicatore	OMA: 42% e Alte Dosi 83%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Febbraio - Aprile; Agosto e Ottobre inviati nei termini (Gennaio ricevuto il 1/2/2012; Maggio ok Alte Dosi e in ritardo OMA; Giugno, Settembre, Novembre e Dicembre ok solo Alte Dosi, luglio ricevuto il 10/07/2012, Settembre ok solo Alte Dosi)</p>							
valutazione dei dirigenti	le valutazioni dei dirigenti sono completate secondo le indicazioni diffuse dalle direzioni	completamento dei percorsi di valutazione dei dirigenti previsti nel 2012	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
valutazione effettuata con riferimento all'anno 2011							
partecipazione del personale della struttura a specifiche attività formative individuate dalle direzioni	partecipazione di almeno 1 dirigente o, qualora indicato, di 1 personale del comparto, alle attività formative richieste dalle Direzioni (le attività formative verranno segnalate ad hoc)	evidenza della partecipazione	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<p>Attività formative individuate dalle Direzioni:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Radioprotezione Metabolica, IORT e Pazienti iniettati PET 2. Riunione annuale del Comitato Scientifico Internazionale 3. Corso sul mentoring. 4. Riunione del 27. 11 sulla sicurezza 5. Corso Bundles per la prevenzione delle infezioni 6. Corso "Utilizzo dei gas medicali in sicurezza" 7. Corso "Utilizzo dell'azoto liquido in sicurezza. Impianti e apparecchiature criogeniche." 							
Procedura per la formazione e valorizzazione del neoassunto, compresi i contratti atipici	monitoraggio a campione da parte della dir. san. della scheda di valutazione a partire dal 1° maggio. Il campione deve riguardare almeno il 50% del personale inserito a partire dal 1° maggio con eventuali approssimazioni per eccesso (es.: 1 = 1, 3 = 2)	Applicazione della procedura definita nel 2011	non in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Non è pervenuta la documentazione dell'applicazione della procedura							

INDICATORI DI QUALITÀ DELL'ASSISTENZA

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
Condivisione degli strumenti di valutazione del dolore a livello regionale. La registrazione in cartella deve comprendere le caratteristiche del dolore, i farmaci utilizzati, i dosaggi e il risultato antalgico.	- Presenza in cartella della valutazione del dolore almeno (>) nel 95% dei casi; - Rivalutazione almeno (>) nel 95% dei casi. I tempi e le modalità di rilevazione sono quelli previsti nel programma regionale del rischio e del governo clinico	garantire al paziente l'applicazione delle strategie di controllo del dolore	obiettivo eliminato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

L'obiettivo viene eliminato perché questa attività viene svolta dal personale del comparto (verbale n. 9 OIVP)

SISTEMI INFORMATIVI

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
corretta trasmissione delle SDO	- 100% di SDO chiuse nei termini; - 100% dei campi obbligatori compilati	Chiudere la SDO entro il ventesimo giorno del mese successivo a quello della dimissione del paziente per i ricoveri ordinari e dell'ultimo accesso per i ricoveri in DH con tutti i campi obbligatori compilati	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

viene riconosciuta una franchigia del 5% se motivata. Verbale n. 9 del 10/1/2013 OIVP "la franchigia viene applicata (ove prevista) solo se questa consente il raggiungimento al 100% dell'obiettivo..."

Chiuse nei termini: 96,34% (100 sdo oltre i termini). Campi obbligatori: 98,29% (142 sdo non hanno livello istruzione). Raggiungimento: 97,31% che diventa 100% con l'applicazione della franchigia.

garantire la prenotazione centralizzata attraverso g3	il 100% delle prestazioni ambulatoriali individuate ed erogate sono prenotate a sistema	le prest amb (compresa LP) sono prenotate a sistema. Per l'attività istituzionale erogata i codici del tariffario considerati sono: 89.01 e 89.7	100,00%	10,0%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
--	---	---	----------------	--------------	--------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

viene riconosciuta una franchigia del 10% se motivata sul numero di prestazioni ambulatoriali istituzionali. La valutazione è effettuata secondo un criterio proporzionale. Verbale n. 9 del 10/1/2013 OIVP "la franchigia viene applicata (ove prevista) solo se questa consente il raggiungimento al 100% dell'obiettivo..."

il 91,5% delle prestazioni è prenotato a sistema. Diventa il 100% con l'applicazione della franchigia

utilizzo del sistema g2 clinico	100%	numero di visite ambulatoriali refertate con il g2 clinico ai fini del ritorno dell'erogato	100,00%	5,0%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
--	------	--	----------------	-------------	--------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

viene riconosciuta una franchigia del 10% se motivata. Verbale n. 9 del 10/1/2013 OIVP "la franchigia viene applicata (ove prevista) solo se questa consente il raggiungimento al 100% dell'obiettivo..."

il 99,73% delle visite ambulatoriali è refertato con il g2 clinico. Diventa il 100% con l'applicazione della franchigia

RISORSE PRODOTTI SANITARI

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.
Grado di Raggiungimento						

RISORSE PRODOTTI SANITARI

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
rispettare il budget assegnato per i prodotti farmaceutici	Le modalità di valutazione sono riportate nella premessa della scheda di budget	€ 9.427.000 budget consumi diretti delle strutture di OMA e delle alte dosi. € 1.442.000 budget consumi comuni dipartimentali	in linea			x	

€ 9.290.301 consumi diretti delle strutture di OMA e delle alte dosi, € 1.460.580 consumi comuni dipartimentali. Risultato positivo al fine della precondizione di budget

Totale raggiungimento obiettivi valutati	% raggiungimento ob. retrib. risult	% valutazione
	98,00%	100,00%

MONITORAGGIO BUDGET 2012 - SOC ONCOLOGIA MEDICA B - Valutato dall'OIVP con verbali n. 10 del 20/05/2013, n. 11 del 18/06/2013 e n. 12 del 17/07/2013

Un'accurata politica del farmaco è di fondamentale importanza per il mantenimento dell'equilibrio economico dell'istituto. Devono essere incentivate tutte le azioni finora attivate al fine di contenere il costo complessivo dei farmaci (genericazione, utilizzo bioequivalenti, biosimilari, appropriatezza prescrittiva, registrazione sistematica onco-aifa). Nel corso dell'anno, a fronte del budget assegnato, dovrà essere effettuato un accurato monitoraggio dell'andamento dei costi: per quanto riguarda la valutazione si terrà conto del valore dei costi comuni (peso 5%) e del valore dei costi propri di struttura (peso 95%). Verrà ritenuto risultato negativo uno scostamento del 5% sui costi comuni e del 1% sui costi propri rispetto al valore determinato dopo la seconda revisione di budget (agosto 2012). L'impegno documentato al raggiungimento del risultato positivo è condizione per la valutazione degli altri obiettivi legati alla retribuzione di risultato dei direttori di struttura complessa e semplice dipartimentale.

ASSISTENZA FARMACEUTICA

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
monitorare l'utilizzo dei farmaci oncologici	% di cartelle implementate regolarmente ≥ 95%	le cartelle oncologiche informatizzate sono implementate regolarmente con tutte le informazioni essenziali. la Regione valuterà l'obiettivo con riferimento al secondo semestre.	100,00%	25,0%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Si precisa che la Regione valuterà l'obiettivo con riferimento al secondo semestre.

Il monitoraggio anno 2012 evidenzia una completezza nell'implementazione della cartella pari al 99,95% da parte delle tre oncologie.

Garantire sul Registro dei Farmaci sottoposti a Monitoraggio l'inserimento di tutte le informazioni previste. Schede di registrazione/diagnosi/fine trattamento devono essere compilate	garantire il 100% dell'inserimento nel RFOM delle informazioni previste: registrazione, diagnosi, richieste di farmaco, effetti indesiderati, rivalutazione dello stato di malattia, fine trattamento	rispetto dell'indicatore	80,00%	10,0%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	---	--------------------------	--------	-------	--------------------------	-------------------------------------	--------------------------

la percentuale di inserimento dei dati nel Registro Farmaci Oncologici sottoposti a Monitoraggio è pari a 80% (nota prot. 18/F del 22.02.2013)

contenimento e governo delle prescrizioni dei farmaci ad alto costo	il 90% della spesa farmaceutica generata da un elenco di farmaci chemioterapici ad alto costo è appropriata secondo le indicazioni ufficiali	rispetto dell'indicatore	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
---	--	--------------------------	----------	--------------------------	--------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

i farmaci oggetto di monitoraggio sono: TRASTUZUMAB, RITUXIMAB, BEVACIZUMAB, PEMETREXED, CETUXIMAB, DOCETAXEL, DOXORUBICINA LIPOSOMIALE PEGILATA, BORTEZOMIB, PANITUMUMAB, DOXORUBICINA LIPOSOMI SEMPLICI, TRABECTIDINA, CITARABINA LIPOSOMIALE, BENDAMUSTINA, PACLITAXEL, EPIRUBICINA 200 SOLUZIONE PRONTA, IFOSFAMIDE 1 G + SOLV. 50 ML EV, TOPOTECAN, GEMCITABINA, PACLITAXEL IN ALBUMINA NANOPARTICELLARE, PLERIXAFOR, VINFLUNINA, CABAZITAXEL e ERIBULINA. Il monitoraggio a livello aziendale del direttore della SOC di farmacia evidenzia i seguenti risultati trimestrali:

1° trimestre: 95%
2° trimestre: 95%
3° trimestre: 96%
4° trimestre: 94%

ASSISTENZA FARMACEUTICA

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
L'azienda incentiva la prescrizione dei medicinali a brevetto scaduto e in particolare dovranno essere promosse iniziative in linea con gli obiettivi previsti dagli indicatori di programmazione e controllo individuati dall'AIFA ai sensi del DL 78/2010.	rapporto tra dosi di farmaci a brevetto scaduto e dosi di originator (se di costo superiore): il 90% delle dosi appartiene al gruppo delle molecole al costo non superiore a quello del farmaco a brevetto scaduto	rispetto dell'indicatore	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

La valutazione effettuata dalla soc di Farmacia con i dati aggiornati al 10.12.2012 ha evidenziato una percentuale superiore al target sia in termini di dosi (98,11%) che in termini di valore (93,51%) (nota prot. 59/2012 F del 17.12.2012).

ATTIVITÀ

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
attività di ricovero	valore DRG ricoveri	€ 14.200.000	100,00%	20,0%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Scala di valutazione che prevede un valore soglia del 60% e un criterio proporzionale per il restante 40%							
€ 14.939.847							

attività di ricovero	valore medio punti DRG ordinari	0,95	91,47%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
0,87							

attività di ricovero	riduzione degenza media dipartimentale per i ricoveri ordinari (con esclusione della sosd alte dosi)	degenza media dipartimentale per i ricoveri ordinari non superiore a 5 giornate (con esclusione della sosd alte dosi).	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4,97							

Prestazioni specialistiche ambulatoriali per esterni	valore attività ambulatoriale per esterni	€ 90.000	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
--	---	----------	-----------------	--------------------------	--------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

L'obiettivo è valutato secondo un criterio proporzionale

€ 85.131. Con Verbale n. 10 del 20/05/2013 l'OIVP suggerisce di valutare complessivamente la performance economica e clinica della struttura che evidenzia un risultato superiore alle attese; pertanto ritiene l'obiettivo raggiunto.

attività di ricerca	valore impact factor normalizzato	valore: media biennio 2010-2011 (obiettivo 154,950)	100,00%	20,0%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
---------------------	-----------------------------------	---	----------------	--------------	--------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

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

valore impact factor normalizzato: 205,5

ATTIVITÀ

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
produzione scientifica	punti attività scientifica	punteggio > 4	100,00%	5,0%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

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

13,1 punti (valutate solo le collaborazioni tra strutture operative, la produzione di materiale divulgativo, i trials ed i finanziamenti ad esclusione delle oblazioni)

CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
Definire il nuovo modello operativo per il trasferimento delle attività durante i lavori di adeguamento antisismico	modello operativo effettivo corrisponde a quello atteso (monitoraggio da parte della direzione sanitaria)	predisposizione e diffusione del nuovo modello operativo	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

vedi nota prot. n. 13/Dip.OM del 17.05.2013 che descrive il modello operativo attuato per il trasferimento delle attività durante i lavori di adeguamento.

revisione del sistema di continuità assistenziale intraospedaliero	1. Attivazione nuovo sistema di chiamata paziente entro il 31/01 e da febbraio utilizzo del nuovo sistema a chiamata per il 95% dei pazienti ai quali è stato consegnato il sistema patcaller. 2. Entro il 30.05 presentazione del documento di analisi delle criticità e delle proposte di soluzione; 3. entro il 30.09 le prenotazioni per le prestazioni erogate del DH sono associate all'ora di presentazione del paziente; 4. nell'ultimo trimestre il numero di pazienti "fuori lista" è < 5% delle presentazioni.	mappatura dei flussi e delle criticità; riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni da erogarsi in DH; razionalizzazione delle attività	in linea	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
--	---	--	----------	--------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

L'obiettivo correlato alle RAR potrebbe essere modificato in seguito agli accordi sulle RAR sottoscritti con le OO.SS. Viene eliminato il 3° indicatore per problemi tecnici correlati alla sua attuazione (verbale n. 9 OIVP).

**1. il sistema è stato attivato nel mese di gennaio e il monitoraggio del periodo feb-dic evidenzia una percentuale del 94,89%.
 2. con nota prot. 8763/DG del 30.05 è stato trasmesso in Direzione Centrale il documento di analisi, delle criticità e delle proposte di soluzione.
 4. dal 19.11 sono state introdotte alcune modifiche organizzative consistenti in una migliore programmazione degli accessi, con scomparsa dei cosiddetti "fuori lista" (pazienti il cui accesso era organizzato fuori dei canali previsti) e nell'avvio dell'indicazione di fasce orarie per la presentazione dei pazienti che, in questa fase iniziale, sono state limitate a due (7.45 e 8.30). Vedi relazione conclusiva prot. 20226/DS del 28.12.2012.**

revisione del sistema di continuità assistenziale extraospedaliero	1) definizione dei criteri per il monitoraggio e predisposizione griglia entro il 30/04; 2) monitoraggio da parte della direzione sanitaria dal 1° maggio	il 100% delle dimissioni protette rispetta la procedura (monitoraggio della direzione sanitaria)	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
--	---	--	----------	--------------------------	--------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

viene riconosciuta una franchigia del 10% se motivata. Verbale n. 9 del 10/1/2013 OIVP "la franchigia viene applicata (ove prevista) solo se questa consente il raggiungimento al 100% dell'obiettivo..."

La direzione sanitaria ha individuato due criteri di valutazione:

**1. almeno 20 segnalazioni per l'area delle degenze mediche compresa la radioterapia ai Distretti al fini di garantire la continuità assistenziale.
 2. assenza di segnalazioni, da parte dei Distretti, di dimissioni carenti di segnalazione di continuità assistenziale. Il monitoraggio effettuato dalla direzione sanitaria ha evidenziato che sono state effettuate 41 segnalazioni ai distretti sanitari da parte delle strutture di oncologia medica e di radioterapia. Non sono pervenuti reclami relativamente ad assenze o ritardi nelle richieste di continuità assistenziali da parte dei distretti sanitari dell'area vasta pordenonese e da parte di altre realtà sanitarie.**

GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
partecipazione al progetto di revisione della gestione del consenso informato	nella cartella CRO è sempre documentata (≥ 95% dei casi) l'acquisizione del consenso informato da parte del medico curante. I tempi e le modalità di rilevazione sono quelli previsti nel programma regionale del rischio e del governo clinico	il consenso informato è acquisito per tutte le procedure eseguite in regime di ricovero o ambulatoriale per le quali è previsto	98,24%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

monitoraggio su un campione di 30 cartelle: il consenso è acquisito nel 93,33% dei casi (28 su 30)

partecipazione al programma di accreditamento internazionale	i professionisti garantiscono il contributo alle attività connesse al mantenimento dell'accreditamento (autovalutazione e avvio dei lavori di team relativi all'analisi della road map e alla definizione delle priorità di intervento)	autovalutazione avvio dei lavori dei team (analisi della road map e definizione delle priorità di intervento)	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
--	---	---	----------	--------------------------	--------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

Eseguita autovalutazione. Tutti i team hanno preso visione della road map e si sono attivati per la definizione del piano di miglioramento relativo alle criticità emerse.

introduzione scheda unica di terapia	1. collaborazione alla predisposizione della scheda unica entro giugno 2012; 2. avvio dell'utilizzo da settembre 2012 e 3. utilizzo a regime dal 1 dicembre	riduzione del rischio nella somministrazione farmaci. Valutazione dell'obiettivo solo con riferimento al 3° indicatore "utilizzo a regime dal 1 dicembre"	in linea	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
--------------------------------------	---	---	----------	--------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

L'obiettivo correlato alle RAR potrebbe essere modificato in seguito agli accordi sulle RAR sottoscritti con le OO.SS.

La procedura per definire la scheda è stata predisposta e discussa il 10 agosto con il gruppo di referenti. Con nota prot.n.14616/S del 28/9/2012 è stata trasmessa la procedura per la corretta compilazione della scheda unica di terapia. Nelle giornate del 17 e 18 dicembre la direzione sanitaria ha effettuato il monitoraggio della corretta applicazione della procedura. Il monitoraggio effettuato dalla direzione sanitaria evidenzia l'applicazione della procedura

GESTIONE RISORSE UMANE E ORGANIZZAZIONE

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
gestire le ferie	numero gg di ferie da fruire entro il 31/12/2012: 93 Il monitoraggio sarà effettuato a livello complessivo di struttura operativa. Se l'obiettivo non è raggiunto si valuterà positivamente in presenza di un abbattimento delle ferie pregresse ≥ alla media delle strutture oggetto di valutazione (verbale n. 9 OIVP) 93 giorni	100% ferie anno corrente e abbattimento ferie pregresse: per il personale con residuo ferie al 1/1/12 > 8 gg: ridurre il residuo ferie al 1/1/12 di almeno il 20%; b) per il personale con residuo ferie al 1/1/12 ≤ 8 gg: residuo ferie al 1/1/13 ≤ 8 gg.	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

65 giorni. Considerate le lunghe assenze le giornate di ferie ricalcolate diventano 73. L'OIVP con verbale n. 11 del 18/6/13, preso atto della nota prot.n. 4/13 del 13/6/13 del responsabile dell'OMB, confermare le osservazioni del responsabile e pertanto ritiene raggiunto l'obiettivo.

GESTIONE RISORSE UMANE E ORGANIZZAZIONE

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
applicazione del regolamento aziendale sull'orario di lavoro	monitoraggio della gestione risorse umane	applicazione del regolamento	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E' stata attivata la gestione decentrata delle presenze/assenze.							
piani di lavoro	i piani devono essere inviati alla direzione sanitaria entro la fine del mese precedente a quello cui la programmazione si riferisce	i piani di lavoro sono inviati regolarmente rispettando l'indicatore	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gennaio - Dicembre inviati nei termini							
valutazione dei dirigenti	le valutazioni dei dirigenti sono completate secondo le indicazioni diffuse dalle direzioni	completamento dei percorsi di valutazione dei dirigenti previsti nel 2012	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
valutazione effettuata con riferimento all'anno 2011							
partecipazione del personale della struttura a specifiche attività formative individuate dalle direzioni	partecipazione di almeno 1 dirigente o, qualora indicato, di 1 personale del comparto, alle attività formative richieste dalle Direzioni (le attività formative verranno segnalate ad hoc)	evidenza della partecipazione	non valutabile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Attività formative individuate dalle Direzioni: 1. Radioprotezione Metabolica, IORT e Pazienti iniettati PET 2. Riunione annuale del Comitato Scientifico Internazionale 3. Corso sul mentoring. 4. Riunione del 27. 11 sulla sicurezza 5. Corso Bundles per la prevenzione delle infezioni 6. Corso "Utilizzo dei gas medicali in sicurezza" 7. Corso "Utilizzo dell'azoto liquido in sicurezza. Impianti e apparecchiature criogeniche." Nessuna partecipazione. L'OIVP con verbale n. 11 del 18/6/13, preso atto della nota prot.n. 4/13 del 13/6/13 del responsabile dell'OMB, confermare le osservazioni del responsabile e pertanto ritiene non valutabile l'obiettivo.							
Procedura per la formazione e valorizzazione del neoassunto, compresi i contratti atipici	monitoraggio a campione da parte della dir. san. della scheda di valutazione a partire dal 1° maggio. Il campione deve riguardare almeno il 50% del personale inserito a partire dal 1° maggio con eventuali approssimazioni per eccesso (es.: 1 =1, 3= 2)	Applicazione della procedura definita nel 2011	non valutabile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Non è stato effettuato il monitoraggio perché c'è stata una sola assunzione nel mese di ottobre							

INDICATORI DI QUALITÀ DELL'ASSISTENZA

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.
Grado di Raggiungimento						

INDICATORI DI QUALITÀ DELL'ASSISTENZA

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
Condivisione degli strumenti di valutazione del dolore a livello regionale. La registrazione in cartella deve comprendere le caratteristiche del dolore, i farmaci utilizzati, i dosaggi e il risultato antalgico.	- Presenza in cartella della valutazione del dolore almeno (>) nel 95% dei casi; - Rivalutazione almeno (>) nel 95% dei casi. I tempi e le modalità di rilevazione sono quelli previsti nel programma regionale del rischio e del governo clinico	garantire al paziente l'applicazione delle strategie di controllo del dolore	obiettivo eliminato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

L'obiettivo viene eliminato perché questa attività viene svolta dal personale del comparto (verbale n. 9 OIVP)

SISTEMI INFORMATIVI

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
corretta trasmissione delle SDO	- 100% di SDO chiuse nei termini; - 100% dei campi obbligatori compilati	Chiudere la SDO entro il ventesimo giorno del mese successivo a quello della dimissione del paziente per i ricoveri ordinari e dell'ultimo accesso per i ricoveri in DH con tutti i campi obbligatori compilati	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

viene riconosciuta una franchigia del 5% se motivata. Verbale n. 9 del 10/1/2013 OIVP "la franchigia viene applicata (ove prevista) solo se questa consente il raggiungimento al 100% dell'obiettivo..."

Chiuse nei termini: 92,27% (46 sdo non chiuse nei termini). Campi obbligatori: 97,05% (53 sdo non hanno livello istruzione). Raggiungimento: 94,66%. L'OIVP con verbale n. 11 del 18/6/13, preso atto della nota prot.n. 4/13 del 13/6/13 del responsabile dell'OMB, confermare le osservazioni del responsabile e pertanto ritiene raggiunto l'obiettivo.

garantire la prenotazione centralizzata attraverso g3	il 100% delle prestazioni ambulatoriali individuate ed erogate sono prenotate a sistema	le prest amb (compresa LP) sono prenotate a sistema. Per l'attività istituzionale erogata i codici del tariffario considerati sono: 89.01 e 89.7	100,00%	10,0%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
--	---	---	----------------	--------------	--------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

viene riconosciuta una franchigia del 10% se motivata sul numero di prestazioni ambulatoriali istituzionali. La valutazione è effettuata secondo un criterio proporzionale. Verbale n. 9 del 10/1/2013 OIVP "la franchigia viene applicata (ove prevista) solo se questa consente il raggiungimento al 100% dell'obiettivo..."

l'89,28% delle prestazioni è prenotato a sistema. L'OIVP con verbale n. 11 del 18/6/13, preso atto della nota prot.n. 4/13 del 13/6/13 del responsabile dell'OMB, confermare le osservazioni del responsabile e pertanto ritiene raggiunto l'obiettivo.

utilizzo del sistema g2 clinico	100%	numero di visite ambulatoriali refertate con il g2 clinico ai fini del ritorno dell'erogato	100,00%	10,0%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
--	------	--	----------------	--------------	--------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

viene riconosciuta una franchigia del 10% se motivata. Verbale n. 9 del 10/1/2013 OIVP "la franchigia viene applicata (ove prevista) solo se questa consente il raggiungimento al 100% dell'obiettivo..."

il 99,91% delle visite ambulatoriali è refertato con il g2 clinico. Diventa il 100% con l'applicazione della franchigia

RISORSE PRODOTTI SANITARI

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.
Grado di Raggiungimento						

RISORSE PRODOTTI SANITARI

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.
Grado di Raggiungimento						
rispettare il budget assegnato per i prodotti farmaceutici	Le modalità di valutazione sono riportate nella premessa della scheda di budget	€ 1.495.000 budget consumi diretti della struttura di OMB. € 1.442.000 budget consumi comuni dipartimentali	in linea			x

€ 1.580.074 consumi diretti delle strutture di OMB, € 1.460.580 consumi comuni dipartimentali. Si evidenzia in particolare un maggior consumo di Imatinib mesilato nel periodo set-dic. Risultato negativo sui costi propri al fine della precondizione di budget. L'OIVP con verbale n. 11 del 18/6/13, preso atto della nota prot.n. 4/13 del 13/6/13 del responsabile dell'OMB e proceduto ad una puntuale verifica dei volumi di attività dei pazienti che utilizzano il farmaco Imatinib, confermare le osservazioni del responsabile e pertanto ritiene raggiunto l'obiettivo.

Totale raggiungimento obiettivi valutati	% raggiungimento ob. retrib. risult	% valutazione
	98,00%	100,00%

MONITORAGGIO BUDGET 2012 - SOC ONCOLOGIA MEDICA C - Valutato dall'OIVP con verbali n. 10 del 20/05/2013, n. 11 del 18/06/2013 e n. 12 del 17/07/2013

Un'accurata politica del farmaco è di fondamentale importanza per il mantenimento dell'equilibrio economico dell'istituto. Devono essere incentivate tutte le azioni finora attivate al fine di contenere il costo complessivo dei farmaci (genericazione, utilizzo bioequivalenti, biosimilari, appropriatezza prescrittiva, registrazione sistematica onco-aifa). Nel corso dell'anno, a fronte del budget assegnato, dovrà essere effettuato un accurato monitoraggio dell'andamento dei costi: per quanto riguarda la valutazione si terrà conto del valore dei costi comuni (peso 5%) e del valore dei costi propri di struttura (peso 95%). Verrà ritenuto risultato negativo uno scostamento del 5% sui costi comuni e del 1% sui costi propri rispetto al valore determinato dopo la seconda revisione di budget (agosto 2012). L'impegno documentato al raggiungimento del risultato positivo è condizione per la valutazione degli altri obiettivi legati alla retribuzione di risultato dei direttori di struttura complessa e semplice dipartimentale.

ASSISTENZA FARMACEUTICA

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
monitorare l'utilizzo dei farmaci oncologici	% di cartelle implementate regolarmente ≥ 95%	le cartelle oncologiche informatizzate sono implementate regolarmente con tutte le informazioni essenziali. la Regione valuterà l'obiettivo con riferimento al secondo semestre.	100,00%	25,0%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Si precisa che la Regione valuterà l'obiettivo con riferimento al secondo semestre.

Il monitoraggio dell'intero anno 2012 evidenzia una completezza nell'implementazione della cartella pari al 99,95% da parte delle tre oncologie.

Garantire sul Registro dei Farmaci sottoposti a Monitoraggio l'inserimento di tutte le informazioni previste. Schede di registrazione/diagnosi/fine trattamento devono essere compilate	garantire il 100% dell'inserimento nel RFOM delle informazioni previste: registrazione, diagnosi, richieste di farmaco, effetti indesiderati, rivalutazione dello stato di malattia, fine trattamento	rispetto dell'indicatore	95,00%	10,0%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	---	--------------------------	--------	-------	--------------------------	-------------------------------------	--------------------------

la percentuale di inserimento dei dati nel Registro Farmaci Oncologici sottoposti a Monitoraggio è pari a 95% (nota prot. 18/F del 22.02.2013)

contenimento e governo delle prescrizioni dei farmaci ad alto costo	il 90% della spesa farmaceutica generata da un elenco di farmaci chemioterapici ad alto costo è appropriata secondo le indicazioni ufficiali	rispetto dell'indicatore	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
---	--	--------------------------	----------	--------------------------	--------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

i farmaci oggetto di monitoraggio sono: TRASTUZUMAB, RITUXIMAB, BEVACIZUMAB, PEMETREXED, CETUXIMAB, DOCETAXEL, DOXORUBICINA LIPOSOMIALE PEGILATA, BORTEZOMIB, PANITUMUMAB, DOXORUBICINA LIPOSOMI SEMPLICI, TRABECTIDINA, CITARABINA LIPOSOMIALE, BENDAMUSTINA, PACLITAXEL, EPIRUBICINA 200 SOLUZIONE PRONTA, IFOSFAMIDE 1 G + SOLV. 50 ML EV, TOPOTECAN, GEMCITABINA, PACLITAXEL IN ALBUMINA NANOPARTICELLARE, PLERIXAFOR, VINFLUNINA, CABAZITAXEL e ERIBULINA. Il monitoraggio a livello aziendale del direttore della SOC di farmacia evidenzia i seguenti risultati trimestrali:

- 1° trimestre: 95%
- 2° trimestre: 95%
- 3° trimestre: 96%
- 4° trimestre: 94%

ASSISTENZA FARMACEUTICA

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
L'azienda incentiva la prescrizione dei medicinali a brevetto scaduto e in particolare dovranno essere promosse iniziative in linea con gli obiettivi previsti dagli indicatori di programmazione e controllo individuati dall'AIFA ai sensi del DL 78/2010.	rapporto tra dosi di farmaci a brevetto scaduto e dosi di originator (se di costo superiore): il 90% delle dosi appartiene al gruppo delle molecole al costo non superiore a quello del farmaco a brevetto scaduto	rispetto dell'indicatore	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

La valutazione effettuata dalla soc di Farmacia con i dati aggiornati al 10.12.2012 ha evidenziato una percentuale superiore al target sia in termini di dosi (98,11%) che in termini di valore (93,51%) (nota prot. 59/2012 F del 17.12.2012).

ATTIVITÀ

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
attività di ricovero	valore DRG ricoveri	€ 14.200.000	100,00%	20,0%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<i>Scala di valutazione che prevede un valore soglia del 60% e un criterio proporzionale per il restante 40%</i>							
€ 14.939.847							

attività di ricovero	valore medio punti DRG ordinari	0,95	93,42%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
0,89							

attività di ricovero	riduzione degenza media dipartimentale per i ricoveri ordinari (con esclusione della sosd alte dosi)	degenza media dipartimentale per i ricoveri ordinari non superiore a 5 giornate (con esclusione della sosd alte dosi).	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4,97							

Prestazioni specialistiche ambulatoriali per esterni	valore attività ambulatoriale per esterni	€ 300.000	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<i>L'obiettivo è valutato secondo un criterio proporzionale</i>							
€ 329.117							

attività di ricerca	valore impact factor normalizzato	valore: media biennio 2010-2011 (obiettivo 154,950)	100,00%	20,0%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<i>l'obiettivo è assegnato e valutato a livello dipartimentale secondo il criterio di proporzionalità.</i>							
valore impact factor normalizzato: 205,5							

ATTIVITÀ

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
produzione scientifica	punti attività scientifica	punteggio > 4	100,00%	5,0%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

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

17,8 punti (valutate solo le collaborazioni tra strutture operative, la produzione di materiale divulgativo, i trials ed i finanziamenti ad esclusione delle oblazioni)

CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
Definire il nuovo modello operativo per il trasferimento delle attività durante i lavori di adeguamento antisismico	modello operativo effettivo corrisponde a quello atteso (monitoraggio da parte della direzione sanitaria)	predisposizione e diffusione del nuovo modello operativo	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

vedi nota prot. n. 13/Dip.OM del 17.05.2013 che descrive il modello operativo attuato per il trasferimento delle attività durante i lavori di adeguamento.

revisione del sistema di continuità assistenziale intraospedaliero	1. Attivazione nuovo sistema di chiamata paziente entro il 31/01 e da febbraio utilizzo del nuovo sistema a chiamata per il 95% dei pazienti ai quali è stato consegnato il sistema patcaller. 2. Entro il 30.05 presentazione del documento di analisi delle criticità e delle proposte di soluzione; 3. entro il 30.09 le prenotazioni per le prestazioni erogate del DH sono associate all'ora di presentazione del paziente; 4. nell'ultimo trimestre il numero di pazienti "fuori lista" è < 5% delle presentazioni.	mappatura dei flussi e delle criticità; riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni da erogarsi in DH; razionalizzazione delle attività	in linea	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
--	---	--	----------	--------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

L'obiettivo correlato alle RAR potrebbe essere modificato in seguito agli accordi sulle RAR sottoscritti con le OO.SS. Viene eliminato il 3° indicatore per problemi tecnici correlati alla sua attuazione (verbale n. 9 OIVP).

**1. il sistema è stato attivato nel mese di gennaio e il monitoraggio del periodo feb-dic evidenzia una percentuale del 94,89%.
 2. con nota prot. 8763/DG del 30.05 è stato trasmesso in Direzione Centrale il documento di analisi, delle criticità e delle proposte di soluzione.
 4. dal 19.11 sono state introdotte alcune modifiche organizzative consistenti in una migliore programmazione degli accessi, con scomparsa dei cosiddetti "fuori lista" (pazienti il cui accesso era organizzato fuori dei canali previsti) e nell'avvio dell'indicazione di fasce orarie per la presentazione dei pazienti che, in questa fase iniziale, sono state limitate a due (7.45 e 8.30). Vedi relazione conclusiva prot. 20226/DS del 28.12.2012.**

revisione del sistema di continuità assistenziale extraospedaliero	1) definizione dei criteri per il monitoraggio e predisposizione griglia entro il 30/04; 2) monitoraggio da parte della direzione sanitaria dal 1° maggio	il 100% delle dimissioni protette rispetta la procedura (monitoraggio della direzione sanitaria)	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
--	---	--	----------	--------------------------	--------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

viene riconosciuta una franchigia del 10% se motivata. Verbale n. 9 del 10/1/2013 OIVP "la franchigia viene applicata (ove prevista) solo se questa consente il raggiungimento al 100% dell'obiettivo..."

La direzione sanitaria ha individuato due criteri di valutazione:

**1. almeno 20 segnalazioni per per l'area delle degenze mediche compresa la radioterapia ai Distretti al fini di garantire la continuità assistenziale.
 2. assenza di segnalazioni, da parte dei Distretti, di dimissioni carenti di segnalazione di continuità assistenziale. Il monitoraggio effettuato dalla direzione sanitaria ha evidenziato che sono state effettuate 41 segnalazioni ai distretti sanitari da parte delle strutture di oncologia medica e di radioterapia. Non sono pervenuti reclami relativamente ad assenze o ritardi nelle richieste di continuità assistenziali da parte dei distretti sanitari dell'area vasta pordenonese e da parte di altre realtà sanitarie.**

GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
partecipazione al progetto di revisione della gestione del consenso informato	nella cartella CRO è sempre documentata (≥ 95% dei casi) l'acquisizione del consenso informato da parte del medico curante. I tempi e le modalità di rilevazione sono quelli previsti nel programma regionale del rischio e del governo clinico	il consenso informato è acquisito per tutte le procedure eseguite in regime di ricovero o ambulatoriale per le quali è previsto	98,24%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

monitoraggio su un campione di 30 cartelle: il consenso è acquisito nel 93,33% dei casi (28 su 30)

partecipazione al programma di accreditamento internazionale	i professionisti garantiscono il contributo alle attività connesse al mantenimento dell'accreditamento (autovalutazione e avvio dei lavori di team relativi all'analisi della road map e alla definizione delle priorità di intervento)	autovalutazione avvio dei lavori dei team (analisi della road map e definizione delle priorità di intervento)	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
--	---	---	----------	--------------------------	--------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

Eseguita autovalutazione. Tutti i team hanno preso visione della road map e si sono attivati per la definizione del piano di miglioramento relativo alle criticità emerse.

percorso diagnostico terapeutico e assistenziale integrato (PDTA) oncologico per le neoplasie mammarie	rispetto del cronoprogramma regionale: tra novembre e dicembre partirà la formazione a cura della regione di 3 gg (1 giorno per Area Vasta) di 15 persone individuate direttamente dalle aziende di AV.	evidenza dell'indicatore	rinvio al 2013	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
--	---	--------------------------	----------------	--------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

L'obiettivo correlato alle RAR potrebbe essere modificato in seguito agli accordi sulle RAR sottoscritti con le OO.SS.

L'obiettivo viene rinviato al 2013 su indicazione della Direzione Regionale (verbale n. 9 OIVP).

introduzione scheda unica di terapia	1.collaborazione alla predisposizione della scheda unica entro giugno 2012; 2. avvio dell'utilizzo da settembre 2012 e 3. utilizzo a regime dal 1 dicembre	riduzione del rischio nella somministrazione farmaci. Valutazione dell'obiettivo solo con riferimento al 3° indicatore "utilizzo a regime dal 1 dicembre"	in linea	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
--------------------------------------	--	---	----------	--------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

L'obiettivo correlato alle RAR potrebbe essere modificato in seguito agli accordi sulle RAR sottoscritti con le OO.SS.

La procedura per definire la scheda è stata predisposta e discussa il 10 agosto con il gruppo di referenti. Con nota prot.n.14616/S del 28/9/2012 è stata trasmessa la procedura per la corretta compilazione della scheda unica di terapia. Nelle giornate del 17 e 18 dicembre la direzione sanitaria ha effettuato il monitoraggio della corretta applicazione della procedura. Il monitoraggio effettuato dalla direzione sanitaria evidenzia l'applicazione della procedura

GESTIONE RISORSE UMANE E ORGANIZZAZIONE

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.
Grado di Raggiungimento						

GESTIONE RISORSE UMANE E ORGANIZZAZIONE

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
gestire le ferie	numero gg di ferie da fruire entro il 31/12/2012: 411 Il monitoraggio sarà effettuato a livello complessivo di struttura operativa. Se l'obiettivo non è raggiunto si valuterà positivamente in presenza di un abbattimento delle ferie pregresse ≥ alla media delle strutture oggetto di valutazione (verbale n. 9 OIVP) 411 giorni	100% ferie anno corrente e abbattimento ferie pregresse: per il personale con residuo ferie al 1/1/12 > 8 gg: ridurre il residuo ferie al 1/1/12 di almeno il 20%; b) per il personale con residuo ferie al 1/1/12 ≤ 8 gg: residuo ferie al 1/1/13 ≤ 8 gg.	non in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p><i>nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso.</i></p> <p>375 giorni. Considerate le lunghe assenze le giornate di ferie ricalcolate diventano 381.</p>							
applicazione del regolamento aziendale sull'orario di lavoro	monitoraggio della gestione risorse umane	applicazione del regolamento	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E' stata attivata la gestione decentrata delle presenze/assenze.							
piani di lavoro	i piani devono essere inviati alla direzione sanitaria entro la fine del mese precedente a quello cui la programmazione si riferisce	i piani di lavoro sono inviati regolarmente rispettando l'indicatore	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gennaio - Dicembre inviati nei termini							
valutazione dei dirigenti	le valutazioni dei dirigenti sono completate secondo le indicazioni diffuse dalle direzioni	completamento dei percorsi di valutazione dei dirigenti previsti nel 2012	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
valutazione effettuata con riferimento all'anno 2011							
partecipazione del personale della struttura a specifiche attività formative individuate dalle direzioni	partecipazione di almeno 1 dirigente o, qualora indicato, di 1 personale del comparto, alle attività formative richieste dalle Direzioni (le attività formative verranno segnalate ad hoc)	evidenza della partecipazione	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<p>Attività formative individuate dalle Direzioni:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Radioprotezione Metabolica, IORT e Pazienti iniettati PET 2. Riunione annuale del Comitato Scientifico Internazionale 3. Corso sul mentoring. 4. Riunione del 27. 11 sulla sicurezza 5. Corso Bundles per la prevenzione delle infezioni 6. Corso "Utilizzo dei gas medicali in sicurezza" 7. Corso "Utilizzo dell'azoto liquido in sicurezza. Impianti e apparecchiature criogeniche." 							
Procedura per la formazione e valorizzazione del neoassunto, compresi i contratti atipici	monitoraggio a campione da parte della dir. san. della scheda di valutazione a partire dal 1° maggio. Il campione deve riguardare almeno il 50% del personale inserito a partire dal 1° maggio con eventuali approssimazioni per eccesso (es.: 1 =1, 3= 2)	Applicazione della procedura definita nel 2011	non valutabile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Non ci sono stati neoassunti							

INDICATORI DI QUALITÀ DELL'ASSISTENZA

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
Condivisione degli strumenti di valutazione del dolore a livello regionale. La registrazione in cartella deve comprendere le caratteristiche del dolore, i farmaci utilizzati, i dosaggi e il risultato antalgico.	- Presenza in cartella della valutazione del dolore almeno (>) nel 95% dei casi; - Rivalutazione almeno (>) nel 95% dei casi. I tempi e le modalità di rilevazione sono quelli previsti nel programma regionale del rischio e del governo clinico	garantire al paziente l'applicazione delle strategie di controllo del dolore	obiettivo eliminato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

L'obiettivo viene eliminato perché questa attività viene svolta dal personale del comparto (verbale n. 9 OIVP)

SISTEMI INFORMATIVI

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
corretta trasmissione delle SDO	- 100% di SDO chiuse nei termini; - 100% dei campi obbligatori compilati	Chiudere la SDO entro il ventesimo giorno del mese successivo a quello della dimissione del paziente per i ricoveri ordinari e dell'ultimo accesso per i ricoveri in DH con tutti i campi obbligatori compilati	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

viene riconosciuta una franchigia del 5% se motivata. Verbale n. 9 del 10/1/2013 OIVP "la franchigia viene applicata (ove prevista) solo se questa consente il raggiungimento al 100% dell'obiettivo..."

Chiuse nei termini: 97,11% (40 sdo non chiuse nei termini). Campi obbligatori: 98,20% (75 sdo non hanno livello istruzione). Raggiungimento: 97,66% che diventa 100% con l'applicazione della franchigia.

garantire la prenotazione centralizzata attraverso g3	il 100% delle prestazioni ambulatoriali individuate ed erogate sono prenotate a sistema	le prest amb (compresa LP) sono prenotate a sistema. Per l'attività istituzionale erogata i codici del tariffario considerati sono: 89.01 e 89.7	100,00%	10,0%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
--	---	---	----------------	--------------	--------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

viene riconosciuta una franchigia del 10% se motivata sul numero di prestazioni ambulatoriali istituzionali. La valutazione è effettuata secondo un criterio proporzionale. Verbale n. 9 del 10/1/2013 OIVP "la franchigia viene applicata (ove prevista) solo se questa consente il raggiungimento al 100% dell'obiettivo..."

il 95,1% delle prestazioni è prenotato a sistema. Diventa il 100% con l'applicazione della franchigia

utilizzo del sistema g2 clinico	100%	numero di visite ambulatoriali refertate con il g2 clinico ai fini del ritorno dell'erogato	100,00%	10,0%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
--	------	--	----------------	--------------	--------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

viene riconosciuta una franchigia del 10% se motivata. Verbale n. 9 del 10/1/2013 OIVP "la franchigia viene applicata (ove prevista) solo se questa consente il raggiungimento al 100% dell'obiettivo..."

il 99,73% delle visite ambulatoriali è refertato con il g2 clinico. Diventa il 100% con l'applicazione della franchigia

RISORSE PRODOTTI SANITARI

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.
Grado di Raggiungimento						

RISORSE PRODOTTI SANITARI

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
rispettare il budget assegnato per i prodotti farmaceutici	Le modalità di valutazione sono riportate nella premessa della scheda di budget	€ 5.516.000 budget consumi diretti della struttura di OMC. € 1.442.000 budget consumi comuni dipartimentali	in linea			x	

€ 5.366.551 consumi diretti delle strutture di OMC, € 1.460.580 consumi comuni dipartimentali. Risultato positivo al fine della preconditione di budget

Totale raggiungimento obiettivi valutati	% raggiungimento ob. retrib. risult	% valutazione
	99,50%	100,00%

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 dei direttori 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

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
Prestazioni specialistiche ambulatoriali per esterni	valore attività ambulatoriale per esterni	€ 295.000	97,15%	50,0%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
L'obiettivo è valutato secondo un criterio proporzionale							
€ 286.580							

attività di ricerca	valore impact factor normalizzato	valore: media biennio 2010-2011 (obiettivo 154,950)	100,00%	5,0%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
L'obiettivo è assegnato e valutato a livello dipartimentale secondo il criterio di proporzionalità.							
valore impact factor normalizzato: 205,5							

produzione scientifica	punti attività scientifica	punteggio > 4	100,00%	5,0%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
L'obiettivo è assegnato e valutato a livello dipartimentale secondo il criterio di proporzionalità.							
6 punti (valutate solo le collaborazioni tra strutture operative, la produzione di materiale divulgativo, i trials ed i finanziamenti ad esclusione delle oblazioni)							

GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
partecipazione al progetto di revisione della gestione del consenso informato	nella cartella CRO è sempre documentata (≥ 95% dei casi) l'acquisizione del consenso informato da parte del medico curante. I tempi e le modalità di rilevazione sono quelli previsti nel programma regionale del rischio e del governo clinico	il consenso informato è acquisito per tutte le procedure eseguite in regime di ricovero o ambulatoriale per le quali è previsto	100%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
monitoraggio su un campione di 20 cartelle: il consenso è acquisito nel 95% dei casi (19 su 20).							

partecipazione al programma di accreditamento internazionale	i professionisti garantiscono il contributo alle attività connesse al mantenimento dell'accreditamento (autovalutazione e avvio dei lavori di team relativi all'analisi della road map e alla definizione delle priorità di intervento)	autovalutazione avvio dei lavori dei team (analisi della road map e definizione delle priorità di intervento)	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Eseguita autovalutazione. Tutti i team hanno preso visione della road map e si sono attivati per la definizione del piano di miglioramento relativo alle criticità emerse.							

GESTIONE RISORSE UMANE E ORGANIZZAZIONE

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.
Grado di Raggiungimento						

GESTIONE RISORSE UMANE E ORGANIZZAZIONE

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
gestire le ferie	numero gg di ferie da fruire entro il 31/12/2012: 163 Il monitoraggio sarà effettuato a livello complessivo di struttura operativa. Se l'obiettivo non è raggiunto si valuterà positivamente in presenza di un abbattimento delle ferie pregresse ≥ alla media delle strutture oggetto di valutazione (verbale n. 9 OIVP) 163 giorni	100% ferie anno corrente e abbattimento ferie pregresse: per il personale con residuo ferie al 1/1/12 > 8 gg: ridurre il residuo ferie al 1/1/12 di almeno il 20%; b) per il personale con residuo ferie al 1/1/12 ≤ 8 gg: residuo ferie al 1/1/13 ≤ 8 gg.	in linea	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso.							
165 giorni							
applicazione del regolamento aziendale sull'orario di lavoro	monitoraggio della gestione risorse umane	applicazione del regolamento	in linea	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E' stata attivata la gestione decentrata delle presenze/assenze.							
piani di lavoro	i piani devono essere inviati alla direzione sanitaria entro la fine del mese precedente a quello cui la programmazione si riferisce	i piani di lavoro sono inviati regolarmente rispettando l'indicatore	in linea	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gennaio - Dicembre inviati nei termini							
valutazione dei dirigenti	le valutazioni dei dirigenti sono completate secondo le indicazioni diffuse dalle direzioni	completamento dei percorsi di valutazione dei dirigenti previsti nel 2012	in linea	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
valutazione effettuata con riferimento all'anno 2011							
partecipazione del personale della struttura a specifiche attività formative individuate dalle direzioni	partecipazione di almeno 1 dirigente o, qualora indicato, di 1 personale del comparto, alle attività formative richieste dalle Direzioni (le attività formative verranno segnalate ad hoc)	evidenza della partecipazione	in linea	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Attività formative individuate dalle Direzioni: 1. Radioprotezione Metabolica, IORT e Pazienti iniettati PET 2. Riunione annuale del Comitato Scientifico Internazionale 3. Corso sul mentoring. 4. Riunione del 27. 11 sulla sicurezza 5. Corso Bundles per la prevenzione delle infezioni 6. Corso "Utilizzo dei gas medicali in sicurezza" 7. Corso "Utilizzo dell'azoto liquido in sicurezza. Impianti e apparecchiature criogeniche."							
Procedura per la formazione e valorizzazione del neoassunto, compresi i contratti atipici	monitoraggio a campione da parte della dir. san. della scheda di valutazione a partire dal 1° maggio. Il campione deve riguardare almeno il 50% del personale inserito a partire dal 1° maggio con eventuali approssimazioni per eccesso (es.: 1 =1, 3= 2)	Applicazione della procedura definita nel 2011	non valutabile	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Non ci sono stati neoassunti							

SISTEMI INFORMATIVI

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
utilizzo firma digitale	Avvio della firma digitale	Attivazione della firma elettronica entro il 30 aprile 2012	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

attivazione firma digitale nel mese di aprile (nota prot. 7126/T del 03/05/2012)

garantire la prenotazione centralizzata attraverso g3	il 100% delle prestazioni ambulatoriali individuate ed erogate sono prenotate a sistema	le prest amb (compresa LP) sono prenotate a sistema. Per l'attività istituzionale erogata i codici del tariffario considerati sono: 89.01 e 89.7	100,00%	25,0%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
---	---	--	----------------	--------------	--------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

viene riconosciuta una franchigia del 10% se motivata sul numero di prestazioni ambulatoriali istituzionali. La valutazione è effettuata secondo un criterio proporzionale. Verbale n. 9 del 10/1/2013 OIVP "la franchigia viene applicata (ove prevista) solo se questa consente il raggiungimento al 100% dell'obiettivo..."

il 95,34% delle prestazioni è prenotato a sistema. Diventa il 100% con l'applicazione della franchigia

utilizzo del sistema g2 clinico	100%	numero di visite ambulatoriali refertate con il g2 clinico ai fini del ritorno dell'erogato	100,00%	15,0%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
---------------------------------	------	---	----------------	--------------	--------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

viene riconosciuta una franchigia del 10% se motivata. Verbale n. 9 del 10/1/2013 OIVP "la franchigia viene applicata (ove prevista) solo se questa consente il raggiungimento al 100% dell'obiettivo..."

il 100% delle visite ambulatoriali è refertato con il g2 clinico

Avvio sistema PACS	Attivazione del sistema PACS, in coerenza con il cronoprogramma di progetto.	rispetto del cronoprogramma di progetto di progetto definito	rinvio al 2013	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
--------------------	--	--	-----------------------	--------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

L'obiettivo correlato alle RAR potrebbe essere modificato in seguito agli accordi sulle RAR sottoscritti con le OO.SS.

L'obiettivo viene rinviato al 2013 su indicazione della Direzione Regionale (verbale n. 9 OIVP).

Con nota prot. 0025588/P del 31.07.2012 è stato concordato lo slittamento dei termini di scadenza dell'avvio del pacs in cardiologia al 31.12.2012. Con successiva nota prot. 6148 del 05.12.2012 è stato previsto un ulteriore slittamento dei termini di scadenza al 30.06.2013.

Totale raggiungimento obiettivi valutati	% raggiungimento ob. retrib. risult	% valutazione
	98,58%	100,00%

**MONITORAGGIO BUDGET 2012 - SOC CHIRURGIA ONCOLOGICA
GENERALE - Valutato dall'OIVP con verbali n. 10 del 20/05/2013, n. 11 del
18/06/2013 e n. 12 del 17/07/2013**

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 dei direttori 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

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
attività di ricovero	valore DRG ricoveri ordinari	€ 8.100.000	100,00%	30,0%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Scala di valutazione che prevede un valore soglia del 60% e un criterio proporzionale per il restante 40%

€ 8.320.529

attività di ricovero	valore medio punti DRG ordinari	1,95	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
----------------------	---------------------------------	------	----------	--------------------------	--------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

2,09

Prestazioni specialistiche ambulatoriali per esterni	valore attività ambulatoriale per esterni	€ 70.000	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
--	---	----------	----------	--------------------------	--------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

L'obiettivo è valutato secondo un criterio proporzionale

€ 91.398

attività di ricerca	valore impact factor normalizzato	valore: media biennio 2010-2011 (obiettivo 26,750)	100,00%	5,0%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
---------------------	-----------------------------------	--	---------	------	--------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

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

valore impact factor normalizzato: 46,2

produzione scientifica	punti attività scientifica	punteggio > 4	100,00%	5,0%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
------------------------	----------------------------	---------------	---------	------	--------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

I punteggi realizzati vengono valutati come segue:

un punteggio >= 4 punti = 100%

un punteggio < 1 punti = 0

il restante = 80%

6,5 punti (valutate solo le collaborazioni tra strutture operative, la produzione di materiale divulgativo, i trials ed i finanziamenti ad esclusione delle obblazioni)

CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.
Grado di Raggiungimento						

Definire il nuovo modello operativo per il trasferimento delle attività durante i lavori di adeguamento antisismico	modello operativo effettivo corrisponde a quello atteso (monitoraggio da parte della direzione sanitaria)	predisposizione e diffusione del nuovo modello operativo	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
---	---	--	----------	--------------------------	--------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

vedi note prot. n. 9PODC/12 del 19.06.2012 e prot. 11926/S del 31.07.2012 che descrivono il modello organizzativo e gli interventi organizzativi adottati successivamente all'avvio dei lavori.

CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
revisione del sistema di continuità assistenziale extraospedaliero	1) definizione dei criteri per il monitoraggio e predisposizione griglia entro il 30/04; 2) monitoraggio da parte della direzione sanitaria dal 1° maggio	il 100% delle dimissioni protette rispetta la procedura (monitoraggio della direzione sanitaria)	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

viene riconosciuta una franchigia del 10% se motivata. Verbale n. 9 del 10/1/2013 OIVP "la franchigia viene applicata (ove prevista) solo se questa consente il raggiungimento al 100% dell'obiettivo..."

La direzione sanitaria ha individuato due criteri di valutazione:

1. almeno 20 segnalazioni per area chirurgica ai Distretti al fini di garantire la continuità assistenziale.
 2. assenza di segnalazioni, da parte dei Distretti, di dimissioni carenti di segnalazione di continuità assistenziale.
- Il monitoraggio effettuato dalla direzione sanitaria ha evidenziato che sono state effettuate 28 segnalazioni ai distretti sanitari da parte delle strutture di chirurgia. Non sono pervenuti reclami relativamente ad assenze o ritardi nelle richieste di continuità assistenziali da parte dei distretti sanitari dell'area vasta pordenonese e da parte di altre realtà sanitarie.

GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
Applicazione del nuovo regolamento di gestione del complesso operatorio	vengono monitorati i seguenti indicatori: 1) orario inizio attività; 2) modalità di programmazione interventi	applicazione del regolamento di gestione delle SSOO	100,00%	20,0%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Valutazione del primo indicatore solo ai fini della retribuzione di risultato e del 2° indicatore solo ai fini della valutazione (individuale e del responsabile). Nella valutazione del 1° indicatore viene riconosciuta una franchigia del 20% e viene considerato come orario di inizio dell'attività le ore 8.30. Verbale n. 9 del 10/1/2013 OIVP "la franchigia viene applicata (ove prevista) solo se questa consente il raggiungimento al 100% dell'obiettivo..."

- 1) 86,43% delle presenze in sala è entro le ore 8.30. Diventa 100% con l'applicazione della franchigia.
2. La programmazione degli interventi è stata fissata con scadenza settimanale nella giornata di mercoledì e gli incontri si sono svolti anche se non in modo sistematico.

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

Monitoraggio su un campione di 30 cartelle: 100%.

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

monitoraggio su un campione di 30 cartelle: il consenso è acquisito nel 96,67% dei casi (29 su 30)

partecipazione al programma di accreditamento internazionale	i professionisti garantiscono il contributo alle attività connesse al mantenimento dell'accreditamento (autovalutazione e avvio dei lavori di team relativi all'analisi della road map e alla definizione delle priorità di intervento)	autovalutazione avvio dei lavori dei team (analisi della road map e definizione delle priorità di intervento)	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
--	---	---	----------	--------------------------	--------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

Eseguita autovalutazione. Tutti i team hanno preso visione della road map e si sono attivati per la definizione del piano di miglioramento relativo alle criticità emerse.

GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
introduzione scheda unica di terapia	1.collaborazione alla predisposizione della scheda unica entro giugno 2012; 2. avvio dell'utilizzo da settembre 2012 e 3. utilizzo a regime dal 1 dicembre	riduzione del rischio nella somministrazione farmaci. Valutazione dell'obiettivo solo con riferimento al 3° indicatore "utilizzo a regime dal 1 dicembre"	in linea	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

L'obiettivo correlato alle RAR potrebbe essere modificato in seguito agli accordi sulle RAR sottoscritti con le OO.SS.

La procedura per definire la scheda è stata predisposta e discussa il 10 agosto con il gruppo di referenti. Con nota prot.n.14616/S del 28/9/2012 è stata trasmessa la procedura per la corretta compilazione della scheda unica di terapia. Nelle giornate del 17 e 18 dicembre la direzione sanitaria ha effettuato il monitoraggio della corretta applicazione della procedura. Il monitoraggio effettuato dalla direzione sanitaria evidenzia l'applicazione della procedura

GESTIONE RISORSE UMANE E ORGANIZZAZIONE

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
gestire le ferie	numero gg di ferie da fruire entro il 31/12/2012: 369 Il monitoraggio sarà effettuato a livello complessivo di struttura operativa. Se l'obiettivo non è raggiunto si valuterà positivamente in presenza di un abbattimento delle ferie pregresse ≥ alla media delle strutture oggetto di valutazione (verbale n. 9 OIVP) 369 giorni	100% ferie anno corrente e abbattimento ferie pregresse: per il personale con residuo ferie al 1/1/12 > 8 gg: ridurre il residuo ferie al 1/1/12 di almeno il 20%; b) per il personale con residuo ferie al 1/1/12 ≤ 8 gg: residuo ferie al 1/1/13 ≤ 8 gg.	non in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

321 giorni. Considerate le lunghe assenze le giornate di ferie ricalcolate diventano 330.

applicazione del regolamento aziendale sull'orario di lavoro	monitoraggio della gestione risorse umane	applicazione del regolamento	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	---	------------------------------	----------	--------------------------	--------------------------	-------------------------------------	--------------------------

E' stata attivata la gestione decentrata delle presenze/assenze.

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

Gennaio - Dicembre inviati nei termini

valutazione dei dirigenti	le valutazioni dei dirigenti sono completate secondo le indicazioni diffuse dalle direzioni	completamento dei percorsi di valutazione dei dirigenti previsti nel 2012	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---------------------------	---	---	----------	--------------------------	--------------------------	-------------------------------------	--------------------------

valutazione effettuata con riferimento all'anno 2011

GESTIONE RISORSE UMANE E ORGANIZZAZIONE

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
partecipazione del personale della struttura a specifiche attività formative individuate dalle direzioni	partecipazione di almeno 1 dirigente o, qualora indicato, di 1 personale del comparto, alle attività formative richieste dalle Direzioni (le attività formative verranno segnalate ad hoc)	evidenza della partecipazione	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<p>Attività formative individuate dalle Direzioni:</p> <p>1. Radioprotezione Metabolica, IORT e Pazienti iniettati PET</p> <p>2. Riunione annuale del Comitato Scientifico Internazionale</p> <p>3. Corso sul mentoring.</p> <p>4. Riunione del 27. 11 sulla sicurezza</p> <p>5. Corso Bundles per la prevenzione delle infezioni</p> <p>6. Corso "Utilizzo dei gas medicali in sicurezza"</p> <p>7. Corso "Utilizzo dell'azoto liquido in sicurezza. Impianti e apparecchiature criogeniche."</p>							
Procedura per la formazione e valorizzazione del neoassunto, compresi i contratti atipici	monitoraggio a campione da parte della dir. san. della scheda di valutazione a partire dal 1° maggio. Il campione deve riguardare almeno il 50% del personale inserito a partire dal 1° maggio con eventuali approssimazioni per eccesso (es.: 1 =1, 3= 2)	Applicazione della procedura definita nel 2011	non valutabile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<p style="color: red;">Non ci sono stati neoassunti</p>							

GOVERNO DEI TEMPI DI ATTESA

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
Rispetto dei tempi di attesa	gli interventi chirurgici per le 3 patologie neoplastiche maligne più frequentemente trattate sono effettuati entro 30 gg dalla data di prescrizione dell'intervento chirurgico	rispetto dell'indicatore. L'obiettivo sarà valutato considerando l'attività delle 3 strutture.	in linea	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<p><i>viene riconosciuta una franchigia del 10%. Verbale n. 9 del 10/1/2013 OIVP "la franchigia viene applicata (ove prevista) solo se questa consente il raggiungimento al 100% dell'obiettivo..."</i></p> <p><i>L'obiettivo correlato alle RAR potrebbe essere modificato in seguito agli accordi sulle RAR sottoscritti con le OO.SS. Nel caso di conseguimento parziale dell'obiettivo, le RAR potranno essere distribuite nella misura percentuale di attuazione dell'obiettivo, solo se è dimostrato un'incremento dei volumi di questa attività in grado di giustificare il parziale raggiungimento (verbale n. 9 OIVP)</i></p> <p style="color: red;">Media delle tre strutture: 93,71% degli interventi sono effettuati entro 30 gg dalla data di prescrizione. Diventa il 100% con l'applicazione della franchigia. Il numero di interventi complessivi nel 2012 è aumentato del 5,41% (+109) rispetto al 2011.</p>							

INDICATORI DI QUALITÀ DELL'ASSISTENZA

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
Condivisione degli strumenti di valutazione del dolore a livello regionale. La registrazione in cartella deve comprendere le caratteristiche del dolore, i farmaci utilizzati, i dosaggi e il risultato antalgico.	- Presenza in cartella della valutazione del dolore almeno (>) nel 95% dei casi; - Rivalutazione almeno (>) nel 95% dei casi. I tempi e le modalità di rilevazione sono quelli previsti nel programma regionale del rischio e del governo clinico	garantire al paziente l'applicazione delle strategie di controllo del dolore	obiettivo eliminato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<p><i>L'obiettivo viene eliminato perché questa attività viene svolta dal personale del comparto (verbale n. 9 OIVP)</i></p>							

SISTEMI INFORMATIVI

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
corretta trasmissione delle SDO	- 100% di SDO chiuse nei termini; - 100% dei campi obbligatori compilati	Chiudere la SDO entro il ventesimo giorno del mese successivo a quello della dimissione del paziente per i ricoveri ordinari e dell'ultimo accesso per i ricoveri in DH con tutti i campi obbligatori compilati	in linea	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="x"/>	<input type="text" value="x"/>

viene riconosciuta una franchigia del 5% se motivata. Verbale n. 9 del 10/1/2013 OIVP "la franchigia viene applicata (ove prevista) solo se questa consente il raggiungimento al 100% dell'obiettivo..."

Chiuse nei termini: 100%
Campi obbligatori: 97,98% (43 sdo non hanno livello istruzione). Raggiungimento: 98,99% che diventa 100% con l'applicazione della franchigia.

garantire la prenotazione centralizzata attraverso g3	il 100% delle prestazioni ambulatoriali individuate ed erogate sono prenotate a sistema	le prest amb (compresa LP) sono prenotate a sistema. Per l'attività istituzionale erogata i codici del tariffario considerati sono: 89.01, 89.7, 97.89 e 97.99.	100,00%	20,0%	<input type="text"/>	<input type="text" value="x"/>	<input type="text" value="x"/>
---	---	---	---------	-------	----------------------	--------------------------------	--------------------------------

viene riconosciuta una franchigia del 10% se motivata sul numero di prestazioni ambulatoriali istituzionali. La valutazione è effettuata secondo un criterio proporzionale. In seguito alla seconda revisione di budget viene incrementata la % della retribuzione di risultato per l'eliminazione dell'obiettivo dell'utilizzo della firma digitale. Verbale n. 9 del 10/1/2013 OIVP "la franchigia viene applicata (ove prevista) solo se questa consente il raggiungimento al 100% dell'obiettivo..."

il 93,3% delle prestazioni è prenotato a sistema. Diventa il 100% con l'applicazione della franchigia

utilizzo del sistema g2 clinico	100%	numero di visite ambulatoriali refertate con il g2 clinico ai fini del ritorno dell'erogato	100,00%	20,0%	<input type="text"/>	<input type="text" value="x"/>	<input type="text" value="x"/>
---------------------------------	------	---	---------	-------	----------------------	--------------------------------	--------------------------------

viene riconosciuta una franchigia del 10% se motivata. In seguito alla seconda revisione di budget viene incrementata la % della retribuzione di risultato per l'eliminazione dell'obiettivo dell'utilizzo della firma digitale. Verbale n. 9 del 10/1/2013 OIVP "la franchigia viene applicata (ove prevista) solo se questa consente il raggiungimento al 100% dell'obiettivo..."

il 100% delle visite ambulatoriali è refertato con il g2 clinico

% raggiungimento ob. retrib. risult	%
100,00%	100,00%

Totale raggiungimento obiettivi valutati

MONITORAGGIO BUDGET 2012 - SOC GINECOLOGIA ONCOLOGICA - Valutato dall'OIVP con verbali n. 10 del 20/05/2013, n. 11 del 18/06/2013 e n. 12 del 17/07/2013

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 dei direttori 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

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
attività di ricovero	valore DRG ricoveri ordinari	€ 8.100.000	100,00%	30,0%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Scala di valutazione che prevede un valore soglia del 60% e un criterio proporzionale per il restante 40%

€ 8.320.529

attività di ricovero	valore medio punti DRG ordinari	1,4	93,05%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
----------------------	---------------------------------	-----	--------	--------------------------	--------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

1,3

Prestazioni specialistiche ambulatoriali per esterni (comprende attività di screening)	valore attività ambulatoriale per esterni	€ 200.000	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
--	---	-----------	----------	--------------------------	--------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

L'obiettivo è valutato secondo un criterio proporzionale

€ 238.494

attività di ricerca	valore impact factor normalizzato	valore: media biennio 2010-2011 (obiettivo 26,750)	100,00%	5,0%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
---------------------	-----------------------------------	--	---------	------	--------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

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

valore impact factor normalizzato: 46,2

produzione scientifica	punti attività scientifica	punteggio > 4	100,00%	5,0%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
------------------------	----------------------------	---------------	---------	------	--------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

I punteggi realizzati vengono valutati come segue:

un punteggio > = 4 punti = 100%

un punteggio < 1 punti = 0

il restante = 80%

10,5 punti (valutate solo le collaborazioni tra strutture operative, la produzione di materiale divulgativo, i trials ed i finanziamenti ad esclusione delle oblazioni)

CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.
Grado di Raggiungimento						

Definire il nuovo modello operativo per il trasferimento delle attività durante i lavori di adeguamento antisismico	modello operativo effettivo corrisponde a quello atteso (monitoraggio da parte della direzione sanitaria)	predisposizione e diffusione del nuovo modello operativo	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
---	---	--	----------	--------------------------	--------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

vedi note prot. n. 9PODC/12 del 19.06.2012 e prot. 11926/S del 31.07.2012 che descrivono il modello organizzativo e gli interventi organizzativi adottati successivamente all'avvio dei lavori.

CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
revisione del sistema di continuità assistenziale extraospedaliero	1) definizione dei criteri per il monitoraggio e predisposizione griglia entro il 30/04; 2) monitoraggio da parte della direzione sanitaria dal 1° maggio	il 100% delle dimissioni protette rispetta la procedura (monitoraggio della direzione sanitaria)	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

viene riconosciuta una franchigia del 10% se motivata. Verbale n. 9 del 10/1/2013 OIVP "la franchigia viene applicata (ove prevista) solo se questa consente il raggiungimento al 100% dell'obiettivo..."

La direzione sanitaria ha individuato due criteri di valutazione:

1. almeno 20 segnalazioni per area chirurgica ai Distretti al fini di garantire la continuità assistenziale.
 2. assenza di segnalazioni, da parte dei Distretti, di dimissioni carenti di segnalazione di continuità assistenziale.
- Il monitoraggio effettuato dalla direzione sanitaria ha evidenziato che sono state effettuate 28 segnalazioni ai distretti sanitari da parte delle strutture di chirurgia. Non sono pervenuti reclami relativamente ad assenze o ritardi nelle richieste di continuità assistenziali da parte dei distretti sanitari dell'area vasta pordenonese e da parte di altre realtà sanitarie.

GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
Applicazione del nuovo regolamento di gestione del complesso operatorio	vengono monitorati i seguenti indicatori: 1) orario inizio attività; 2) modalità di programmazione interventi	applicazione del regolamento di gestione delle SSOO	100,00%	20,0%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Valutazione del primo indicatore solo ai fini della retribuzione di risultato e del 2° indicatore solo ai fini della valutazione (individuale e del responsabile). Nella valutazione del 1° indicatore viene riconosciuta una franchigia del 20% e viene considerato come orario di inizio dell'attività le ore 8.30. Verbale n. 9 del 10/1/2013 OIVP "la franchigia viene applicata (ove prevista) solo se questa consente il raggiungimento al 100% dell'obiettivo..."

- 1) 91,63% delle presenze in sala è entro le ore 8.30. Diventa 100% con l'applicazione della franchigia.
2. La programmazione degli interventi è stata fissata con scadenza settimanale nella giornata di mercoledì e gli incontri si sono svolti anche se non in modo sistematico.

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

Monitoraggio su un campione di 28 cartelle: 100%.

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

monitoraggio su un campione di 29 cartelle: il consenso è acquisito nel 96,55% dei casi (28 su 29).

partecipazione al programma di accreditamento internazionale	i professionisti garantiscono il contributo alle attività connesse al mantenimento dell'accreditamento (autovalutazione e avvio dei lavori di team relativi all'analisi della road map e alla definizione delle priorità di intervento)	autovalutazione avvio dei lavori dei team (analisi della road map e definizione delle priorità di intervento)	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
--	---	---	----------	--------------------------	--------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

Eseguita autovalutazione. Tutti i team hanno preso visione della road map e si sono attivati per la definizione del piano di miglioramento relativo alle criticità emerse.

GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
introduzione scheda unica di terapia	1.collaborazione alla predisposizione della scheda unica entro giugno 2012; 2. avvio dell'utilizzo da settembre 2012 e 3. utilizzo a regime dal 1 dicembre	riduzione del rischio nella somministrazione farmaci. Valutazione dell'obiettivo solo con riferimento al 3° indicatore "utilizzo a regime dal 1 dicembre"	in linea	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

L'obiettivo correlato alle RAR potrebbe essere modificato in seguito agli accordi sulle RAR sottoscritti con le OO.SS.

La procedura per definire la scheda è stata predisposta e discussa il 10 agosto con il gruppo di referenti. Con nota prot.n.14616/S del 28/9/2012 è stata trasmessa la procedura per la corretta compilazione della scheda unica di terapia. Nelle giornate del 17 e 18 dicembre la direzione sanitaria ha effettuato il monitoraggio della corretta applicazione della procedura. Il monitoraggio effettuato dalla direzione sanitaria evidenzia l'applicazione della procedura

GESTIONE RISORSE UMANE E ORGANIZZAZIONE

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
gestire le ferie	numero gg di ferie da fruire entro il 31/12/2012: 274 Il monitoraggio sarà effettuato a livello complessivo di struttura operativa. Se l'obiettivo non è raggiunto si valuterà positivamente in presenza di un abbattimento delle ferie pregresse ≥ alla media delle strutture oggetto di valutazione (verbale n. 9 OIVP) 274 giorni	100% ferie anno corrente e abbattimento ferie pregresse: per il personale con residuo ferie al 1/1/12 > 8 gg: ridurre il residuo ferie al 1/1/12 di almeno il 20%; b) per il personale con residuo ferie al 1/1/12 ≤ 8 gg: residuo ferie al 1/1/13 ≤ 8 gg.	non in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

194 giorni. Considerate le lunghe assenze le giornate di ferie ricalcolate diventano 208.

applicazione del regolamento aziendale sull'orario di lavoro	monitoraggio della gestione risorse umane	applicazione del regolamento	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	---	------------------------------	----------	--------------------------	--------------------------	-------------------------------------	--------------------------

E' stata attivata la gestione decentrata delle presenze/assenze.

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

Gennaio - Dicembre inviati nei termini

valutazione dei dirigenti	le valutazioni dei dirigenti sono completate secondo le indicazioni diffuse dalle direzioni	completamento dei percorsi di valutazione dei dirigenti previsti nel 2012	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---------------------------	---	---	----------	--------------------------	--------------------------	-------------------------------------	--------------------------

valutazione effettuata con riferimento all'anno 2011

GESTIONE RISORSE UMANE E ORGANIZZAZIONE

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
partecipazione del personale della struttura a specifiche attività formative individuate dalle direzioni	partecipazione di almeno 1 dirigente o, qualora indicato, di 1 personale del comparto, alle attività formative richieste dalle Direzioni (le attività formative verranno segnalate ad hoc)	evidenza della partecipazione	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Attività formative individuate dalle Direzioni:

1. Radioprotezione Metabolica, IORT e Pazienti iniettati PET
2. Riunione annuale del Comitato Scientifico Internazionale
3. Corso sul mentoring.
4. Riunione del 27. 11 sulla sicurezza
5. Corso Bundles per la prevenzione delle infezioni
6. Corso "Utilizzo dei gas medicali in sicurezza"
7. Corso "Utilizzo dell'azoto liquido in sicurezza. Impianti e apparecchiature criogeniche."

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

Il monitoraggio sul campione selezionato dalla direzione ha evidenziato l'applicazione della procedura

GOVERNO DEI TEMPI DI ATTESA

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
Rispetto dei tempi di attesa	gli interventi chirurgici per le 2 patologie neoplastiche maligne più frequentemente trattate sono effettuati entro 30 gg dalla data di prescrizione dell'intervento chirurgico	rispetto dell'indicatore. L'obiettivo sarà valutato considerando l'attività delle 3 strutture.	in linea	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

viene riconosciuta una franchigia del 10%. Verbale n. 9 del 10/1/2013 OIVP "la franchigia viene applicata (ove prevista) solo se questa consente il raggiungimento al 100% dell'obiettivo..."

L'obiettivo correlato alle RAR potrebbe essere modificato in seguito agli accordi sulle RAR sottoscritti con le OO.SS. Nel caso di conseguimento parziale dell'obiettivo, le RAR potranno essere distribuite nella misura percentuale di attuazione dell'obiettivo, solo se è dimostrato un'incremento dei volumi di questa attività in grado di giustificare il parziale raggiungimento (verbale n. 9 OIVP)

Media delle tre strutture: 93,71% degli interventi sono effettuati entro 30 gg dalla data di prescrizione. Diventa il 100% con l'applicazione della franchigia. Il numero di interventi complessivi nel 2012 è aumentato del 5,41% (+109) rispetto al 2011.

INDICATORI DI QUALITÀ DELL'ASSISTENZA

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
Condivisione degli strumenti di valutazione del dolore a livello regionale. La registrazione in cartella deve comprendere le caratteristiche del dolore, i farmaci utilizzati, i dosaggi e il risultato antalgico.	- Presenza in cartella della valutazione del dolore almeno (>) nel 95% dei casi; - Rivalutazione almeno (>) nel 95% dei casi. I tempi e le modalità di rilevazione sono quelli previsti nel programma regionale del rischio e del governo clinico	garantire al paziente l'applicazione delle strategie di controllo del dolore	obiettivo eliminato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

L'obiettivo viene eliminato perché questa attività viene svolta dal personale del comparto (verbale n. 9 OIVP)

PROGRAMMI DI SCREENING

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
Screening della cervice uterina	Tempo trascorso tra la data di refertazione del pap test di screening positivo e la data della prima colposcopia: <= 8 settimane in almeno il 90% dei casi inviati al 2° livello	rispetto dei tempi indicati dalla Regione	in linea			x	x
95,71% (monitoraggio regionale)							

SISTEMI INFORMATIVI

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
corretta trasmissione delle SDO	- 100% di SDO chiuse nei termini; - 100% dei campi obbligatori compilati	Chiudere la SDO entro il ventesimo giorno del mese successivo a quello della dimissione del paziente per i ricoveri ordinari e dell'ultimo accesso per i ricoveri in DH con tutti i campi obbligatori compilati	in linea			x	x

viene riconosciuta una franchigia del 5% se motivata. Verbale n. 9 del 10/1/2013 OIVP "la franchigia viene applicata (ove prevista) solo se questa consente il raggiungimento al 100% dell'obiettivo..."

**Chiuse nei termini: 99,26% (9 sdo non chiuse nei termini).
Campi obbligatori: 98,36% (560 sdo non hanno livello istruzione). Raggiungimento: 98,81% che diventa 100% con l'applicazione della franchigia.**

garantire la prenotazione centralizzata attraverso g3	il 100% delle prestazioni ambulatoriali individuate ed erogate sono prenotate a sistema	le prest amb (compresa LP) sono prenotate a sistema. Per l'attività istituzionale erogata i codici del tariffario considerati sono 89.26 e 89.01	100,00%	20,0%		x	x
---	---	--	---------	-------	--	---	---

viene riconosciuta una franchigia del 10% se motivata sul numero di prestazioni ambulatoriali istituzionali. La valutazione è effettuata secondo un criterio proporzionale. In seguito alla seconda revisione di budget viene incrementata la % della retribuzione di risultato per l'eliminazione dell'obiettivo dell'utilizzo della firma digitale. Verbale n. 9 del 10/1/2013 OIVP "la franchigia viene applicata (ove prevista) solo se questa consente il raggiungimento al 100% dell'obiettivo..."

il 91,84% delle prestazioni è prenotato a sistema. Diventa il 100% con l'applicazione della franchigia

utilizzo del sistema g2 clinico	100%	numero di visite ambulatoriali refertate con il g2 clinico ai fini del ritorno dell'erogato	100,00%	20,0%		x	x
---------------------------------	------	---	---------	-------	--	---	---

viene riconosciuta una franchigia del 10% se motivata. In seguito alla seconda revisione di budget viene incrementata la % della retribuzione di risultato per l'eliminazione dell'obiettivo dell'utilizzo della firma digitale. Verbale n. 9 del 10/1/2013 OIVP "la franchigia viene applicata (ove prevista) solo se questa consente il raggiungimento al 100% dell'obiettivo..."

il 99,97% delle visite ambulatoriali è refertato con il g2 clinico. Diventa il 100% con l'applicazione della franchigia

% raggiungimento ob. retrib. risult	% valutazione
100,00%	100,00%

Totale raggiungimento obiettivi valutati

**MONITORAGGIO BUDGET 2012 - SOC ONCOLOGIA CHIRURGICA
SENOLOGICA - Valutato dall'OIVP con verbali n. 10 del 20/05/2013, n. 11 del
18/06/2013 e n. 12 del 17/07/2013**

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 dei direttori 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

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
attività di ricovero	valore DRG ricoveri ordinari	€ 8.100.000	100,00%	30,0%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Scala di valutazione che prevede un valore soglia del 60% e un criterio proporzionale per il restante 40%

€ 8.320.529

attività di ricovero	valore medio punti DRG ordinari	1,2	99,45%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
----------------------	---------------------------------	-----	--------	--------------------------	--------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

1,19

Prestazioni specialistiche ambulatoriali per esterni	valore attività ambulatoriale per esterni	€ 42.000	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
--	---	----------	----------	--------------------------	--------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

L'obiettivo è valutato secondo un criterio proporzionale

€ 53.824

attività di ricerca	valore impact factor normalizzato	valore: media biennio 2010-2011 (obiettivo 26,750)	100,00%	5,0%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
---------------------	-----------------------------------	--	---------	------	--------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

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

valore impact factor normalizzato: 46,2

produzione scientifica	punti attività scientifica	punteggio > 4	100,00%	5,0%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
------------------------	----------------------------	---------------	---------	------	--------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

I punteggi realizzati vengono valutati come segue:

un punteggio >= 4 punti = 100%

un punteggio < 1 punti = 0

il restante = 80%

4,3 punti (valutate solo le collaborazioni tra strutture operative, la produzione di materiale divulgativo, i trials ed i finanziamenti ad esclusione delle obblazioni)

CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.
Grado di Raggiungimento						

Definire il nuovo modello operativo per il trasferimento delle attività durante i lavori di adeguamento antisismico	modello operativo effettivo corrisponde a quello atteso (monitoraggio da parte della direzione sanitaria)	predisposizione e diffusione del nuovo modello operativo	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
---	---	--	----------	--------------------------	--------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

vedi note prot. n. 9PODC/12 del 19.06.2012 e prot. 11926/S del 31.07.2012 che descrivono il modello organizzativo e gli interventi organizzativi adottati successivamente all'avvio dei lavori.

CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
revisione del sistema di continuità assistenziale extraospedaliero	1) definizione dei criteri per il monitoraggio e predisposizione griglia entro il 30/04; 2) monitoraggio da parte della direzione sanitaria dal 1° maggio	il 100% delle dimissioni protette rispetta la procedura (monitoraggio della direzione sanitaria)	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

viene riconosciuta una franchigia del 10% se motivata. Verbale n. 9 del 10/1/2013 OIVP "la franchigia viene applicata (ove prevista) solo se questa consente il raggiungimento al 100% dell'obiettivo..."

La direzione sanitaria ha individuato due criteri di valutazione:

- almeno 20 segnalazioni per area chirurgica ai Distretti al fini di garantire la continuità assistenziale.
 - assenza di segnalazioni, da parte dei Distretti, di dimissioni carenti di segnalazione di continuità assistenziale.
- Il monitoraggio effettuato dalla direzione sanitaria ha evidenziato che sono state effettuate 28 segnalazioni ai distretti sanitari da parte delle strutture di chirurgia. Non sono pervenuti reclami relativamente ad assenze o ritardi nelle richieste di continuità assistenziali da parte dei distretti sanitari dell'area vasta pordenonese e da parte di altre realtà sanitarie.

GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
Applicazione del nuovo regolamento di gestione del complesso operatorio	vengono monitorati i seguenti indicatori: 1) orario inizio attività; 2) modalità di programmazione interventi	applicazione del regolamento di gestione delle SSOO	100,00%	20,0%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Valutazione del primo indicatore solo ai fini della retribuzione di risultato e del 2° indicatore solo ai fini della valutazione (individuale e del responsabile). Nella valutazione del 1° indicatore viene riconosciuta una franchigia del 20% e viene considerato come orario di inizio dell'attività le ore 8.30. Verbale n. 9 del 10/1/2013 OIVP "la franchigia viene applicata (ove prevista) solo se questa consente il raggiungimento al 100% dell'obiettivo..."

- 1) 98,48% delle presenze in sala è entro le ore 8.30. Diventa 100% con l'applicazione della franchigia. 2. La programmazione degli interventi è stata fissata con scadenza settimanale nella giornata di mercoledì e gli incontri si sono svolti anche se non in modo sistematico.**

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

Monitoraggio su un campione di 30 cartelle: 100%.

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

monitoraggio su un campione di 30 cartelle: il consenso è acquisito nel 100% dei casi.

partecipazione al programma di accreditamento internazionale	i professionisti garantiscono il contributo alle attività connesse al mantenimento dell'accreditamento (autovalutazione e avvio dei lavori di team relativi all'analisi della road map e alla definizione delle priorità di intervento)	autovalutazione avvio dei lavori dei team (analisi della road map e definizione delle priorità di intervento)	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
--	---	---	----------	--------------------------	--------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

Eseguita autovalutazione. Tutti i team hanno preso visione della road map e si sono attivati per la definizione del piano di miglioramento relativo alle criticità emerse.

GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
introduzione scheda unica di terapia	1.collaborazione alla predisposizione della scheda unica entro giugno 2012; 2. avvio dell'utilizzo da settembre 2012 e 3. utilizzo a regime dal 1 dicembre	riduzione del rischio nella somministrazione farmaci. Valutazione dell'obiettivo solo con riferimento al 3° indicatore "utilizzo a regime dal 1 dicembre"	in linea	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

L'obiettivo correlato alle RAR potrebbe essere modificato in seguito agli accordi sulle RAR sottoscritti con le OO.SS.

La procedura per definire la scheda è stata predisposta e discussa il 10 agosto con il gruppo di referenti. Con nota prot.n.14616/S del 28/9/2012 è stata trasmessa la procedura per la corretta compilazione della scheda unica di terapia. Nelle giornate del 17 e 18 dicembre la direzione sanitaria ha effettuato il monitoraggio della corretta applicazione della procedura. Il monitoraggio effettuato dalla direzione sanitaria evidenzia l'applicazione della procedura

GESTIONE RISORSE UMANE E ORGANIZZAZIONE

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
gestire le ferie	numero gg di ferie da fruire entro il 31/12/2012: 158 Il monitoraggio sarà effettuato a livello complessivo di struttura operativa. Se l'obiettivo non è raggiunto si valuterà positivamente in presenza di un abbattimento delle ferie pregresse ≥ alla media delle strutture oggetto di valutazione (verbale n. 9 OIVP) 158 giorni	100% ferie anno corrente e abbattimento ferie pregresse: per il personale con residuo ferie al 1/1/12 > 8 gg: ridurre il residuo ferie al 1/1/12 di almeno il 20%; b) per il personale con residuo ferie al 1/1/12 ≤ 8 gg: residuo ferie al 1/1/13 ≤ 8 gg.	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

150 giorni, ma con % abbattimento superiore alla media

applicazione del regolamento aziendale sull'orario di lavoro	monitoraggio della gestione risorse umane	applicazione del regolamento	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	---	------------------------------	----------	--------------------------	--------------------------	-------------------------------------	--------------------------

E' stata attivata la gestione decentrata delle presenze/assenze.

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

Gennaio - Dicembre inviati nei termini

valutazione dei dirigenti	le valutazioni dei dirigenti sono completate secondo le indicazioni diffuse dalle direzioni	completamento dei percorsi di valutazione dei dirigenti previsti nel 2012	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---------------------------	---	---	----------	--------------------------	--------------------------	-------------------------------------	--------------------------

valutazione effettuata con riferimento all'anno 2011

GESTIONE RISORSE UMANE E ORGANIZZAZIONE

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
partecipazione del personale della struttura a specifiche attività formative individuate dalle direzioni	partecipazione di almeno 1 dirigente o, qualora indicato, di 1 personale del comparto, alle attività formative richieste dalle Direzioni (le attività formative verranno segnalate ad hoc)	evidenza della partecipazione	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Attività formative individuate dalle Direzioni:

1. Radioprotezione Metabolica, IORT e Pazienti iniettati PET
2. Riunione annuale del Comitato Scientifico Internazionale
3. Corso sul mentoring.
4. Riunione del 27. 11 sulla sicurezza
5. Corso Bundles per la prevenzione delle infezioni
6. Corso "Utilizzo dei gas medicali in sicurezza"
7. Corso "Utilizzo dell'azoto liquido in sicurezza. Impianti e apparecchiature criogeniche."

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

Non ci sono stati neoassunti

GOVERNO DEI TEMPI DI ATTESA

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
Rispetto dei tempi di attesa	gli interventi chirurgici per neoplasia maligna della mammella sono effettuati entro 30 gg dalla data di prescrizione dell'intervento chirurgico	rispetto dell'indicatore. L'obiettivo sarà valutato considerando l'attività delle 3 strutture.	in linea	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

viene riconosciuta una franchigia del 10%. Verbale n. 9 del 10/1/2013 OIVP "la franchigia viene applicata (ove prevista) solo se questa consente il raggiungimento al 100% dell'obiettivo..."

L'obiettivo correlato alle RAR potrebbe essere modificato in seguito agli accordi sulle RAR sottoscritti con le OO.SS. Nel caso di conseguimento parziale dell'obiettivo, le RAR potranno essere distribuite nella misura percentuale di attuazione dell'obiettivo, solo se è dimostrato un'incremento dei volumi di questa attività in grado di giustificare il parziale raggiungimento (verbale n. 9 OIVP)

Media delle tre strutture: 93,71% degli interventi sono effettuati entro 30 gg dalla data di prescrizione. Diventa il 100% con l'applicazione della franchigia. Il numero di interventi complessivi nel 2012 è aumentato del 5,41% (+109) rispetto al 2011.

INDICATORI DI QUALITÀ DELL'ASSISTENZA

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
Condivisione degli strumenti di valutazione del dolore a livello regionale. La registrazione in cartella deve comprendere le caratteristiche del dolore, i farmaci utilizzati, i dosaggi e il risultato antalgico.	- Presenza in cartella della valutazione del dolore almeno (>) nel 95% dei casi; - Rivalutazione almeno (>) nel 95% dei casi. I tempi e le modalità di rilevazione sono quelli previsti nel programma regionale del rischio e del governo clinico	garantire al paziente l'applicazione delle strategie di controllo del dolore	obiettivo eliminato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

L'obiettivo viene eliminato perché questa attività viene svolta dal personale del comparto (verbale n. 9 OIVP)

PROGRAMMI DI SCREENING

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
Screening mammografico	1) tempo trascorso tra la data in cui è disponibile l'esito finale nel G2 clinico e la data dell'intervento chirurgico: <= 30 giorni in almeno 90% dei casi inviati al 2° livello	rispetto dei tempi indicati dalla Regione	non in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

67,9% (monitoraggio regionale)

mandare a regime il percorso one day diagnosis già sperimentato a fine 2011	dal 1° luglio è garantito il percorso one day diagnosis per gli approfondimenti da screening regionale	tutti i casi provenienti da screening regionale sono processati secondo il protocollo one day a partire dal 1° luglio. Le eventuali eccezioni devono essere adeguatamente motivate	rinviato al 2013	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
---	--	--	------------------	--------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

In sede di 2° revisione di budget si propone uno slittamento della data del primo luglio in attesa dell'avvio del meccanismo di coordinamento regionale.

L'obiettivo correlato alle RAR potrebbe essere modificato in seguito agli accordi sulle RAR sottoscritti con le OO.SS.

L'obiettivo viene rinviato al 2013 in quanto non sono pervenuti casi di screening da parte della Regione (verbale n. 9 OIVP)

Con nota prot.n. 17514/S del 14/11/2012 è stato formalizzato il percorso "One Day Diagnosis" da parte dell'unità di diagnostica senologica clinico-strumentale del CRO

SISTEMI INFORMATIVI

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
corretta trasmissione delle SDO	- 100% di SDO chiuse nei termini; - 100% dei campi obbligatori compilati	Chiudere la SDO entro il ventesimo giorno del mese successivo a quello della dimissione del paziente per i ricoveri ordinari e dell'ultimo accesso per i ricoveri in DH con tutti i campi obbligatori compilati	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

viene riconosciuta una franchigia del 5% se motivata. Verbale n. 9 del 10/1/2013 OIVP "la franchigia viene applicata (ove prevista) solo se questa consente il raggiungimento al 100% dell'obiettivo..."

Chiuse nei termini: 97,02% (27 sdo non chiuse nei termini).

Campi obbligatori: 98,6% (38 sdo non hanno livello istruzione). Raggiungimento: 97,81% che diventa 100% con l'applicazione della franchigia.

utilizzo della procedura informatica per la prescrizione delle protesi mammarie	numero di prescrizioni informatizzate	utilizzo della prescrizione elettronica per tutte le protesi mammarie da parte del personale abilitato con gli eventuali adeguamenti necessari che venissero richiesti da organismi sovraordinati	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
---	---------------------------------------	---	----------	--------------------------	--------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

Utilizzo sistematico della prescrizione elettronica per tutte le protesi mammarie

SISTEMI INFORMATIVI

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.

Grado di Raggiungimento

garantire la prenotazione centralizzata attraverso g3	il 100% delle prestazioni ambulatoriali individuate ed erogate sono prenotate a sistema	le prest amb (compresa LP) sono prenotate a sistema. Per l'attività istituzionale erogata i codici del tariffario considerati sono: 89.01 e 89.7.	100,00%	20,0%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
--	---	--	----------------	--------------	--------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

viene riconosciuta una franchigia del 10% se motivata sul numero di prestazioni ambulatoriali istituzionali. La valutazione è effettuata secondo un criterio proporzionale. In seguito alla seconda revisione di budget viene incrementata la % della retribuzione di risultato per l'eliminazione dell'obiettivo dell'utilizzo della firma digitale. Verbale n. 9 del 10/1/2013 OIVP "la franchigia viene applicata (ove prevista) solo se questa consente il raggiungimento al 100% dell'obiettivo..."

il 94,58% delle prestazioni è prenotato a sistema. Diventa il 100% con l'applicazione della franchigia

utilizzo del sistema g2 clinico	100%	numero di visite ambulatoriali refertate con il g2 clinico ai fini del ritorno dell'erogato	100,00%	20,0%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
--	------	--	----------------	--------------	--------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

viene riconosciuta una franchigia del 10% se motivata. In seguito alla seconda revisione di budget viene incrementata la % della retribuzione di risultato per l'eliminazione dell'obiettivo dell'utilizzo della firma digitale. Verbale n. 9 del 10/1/2013 OIVP "la franchigia viene applicata (ove prevista) solo se questa consente il raggiungimento al 100% dell'obiettivo..."

il 99,78% delle visite ambulatoriali è refertato con il g2 clinico. Diventa il 100% con l'applicazione della franchigia

	% raggiungimento ob. retrib. risult	% valutazione
Totale raggiungimento obiettivi valutati	100,00%	100,00%

MONITORAGGIO BUDGET 2012 - SOC ANESTESIA E RIANIMAZIONE E TERAPIA DEL DOLORE - Valutato dall'OIVP con verbali n. 10 del 20/05/2013, n. 11 del 18/06/2013 e n. 12 del 17/07/2013

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 dei direttori 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

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
attività di ricovero	valore DRG ricoveri ordinari	€ 8.100.000	100,00%	50,0%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Scala di valutazione che prevede un valore soglia del 60% e un criterio proporzionale per il restante 40%

L'obiettivo (mantenimento dell'attività a fronte di carenza di organico) correlato alle RAR potrebbe essere modificato in seguito agli accordi sulle RAR sottoscritti con le OO.SS.

€ 8.320.529

attività di ricerca	valore impact factor normalizzato	valore: media biennio 2010-2011 (obiettivo 26,750)	100,00%	5,0%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
---------------------	-----------------------------------	--	---------	------	--------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

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

valore impact factor normalizzato: 46,2

produzione scientifica	punti attività scientifica	punteggio > 4	80,00%	5,0%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
------------------------	----------------------------	---------------	--------	------	--------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

I punteggi realizzati vengono valutati come segue:

un punteggio >= 4 punti = 100%

un punteggio < 1 punti = 0

il restante = 80%

3,5 punti (valutate solo le collaborazioni tra strutture operative, la produzione di materiale divulgativo, i trials ed i finanziamenti ad esclusione delle oblazioni)

CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
revisione del sistema di continuità assistenziale extraospedaliero	partecipazione all'avvio della rete di cure palliative pediatriche	partecipazione al tavolo tecnico e assolvimento degli adempimenti richiesti dagli organismi sovraordinati	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

In data 24 aprile 2012 è stata prodotta la "Relazione del tavolo tecnico sulle cure palliative pediatriche e terapia del dolore". Il referente aziendale per il CRO dr. Roberto Bortolussi ha partecipato alla elaborazione della relazione.

GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.
Grado di Raggiungimento						

GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
Applicazione del nuovo regolamento di gestione del complesso operatorio	viene monitorato l'indicatore relativo all'orario di inizio attività	applicazione del regolamento di gestione delle SSOO	100,00%	20,0%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<p><i>Valutazione dell'indicatore considerando la presenza in sala entro le ore 8.20. Viene altresì riconosciuta una franchigia del 20%. Verbale n. 9 del 10/1/2013 OIVP "la franchigia viene applicata (ove prevista) solo se questa consente il raggiungimento al 100% dell'obiettivo..."</i></p> <p>72,22% delle presenze in sala è entro le ore 8.20. Con Verbale n. 12 del 17/07/2013 l'OIVP prende visione della nota prot.n.33/AR/2013 del Responsabile dell'Anestesia e Rianimazione relativa al grado di raggiungimento dell'obiettivo, condivide le osservazioni prodotte e di conseguenza modifica il raggiungimento dell'obiettivo all'85,89% che con l'applicazione della franchigia diventa 100%</p>							
applicazione della check list per la sicurezza in sala operatoria	Verifica a campione della documentazione sanitaria della presenza di check list completa secondo i tempi e le modalità previsti dal programma regionale del rischio e del governo clinico	check list di sala operatoria compilata in ogni sua parte in almeno 90% degli interventi chirurgici (secondo indicazioni contenute nella procedura aziendale)	100%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<p>Monitoraggio su un campione di 88 cartelle: 95,45% (84 su 88).</p>							
partecipazione al progetto di revisione della gestione del consenso informato	nella cartella CRO è sempre documentata (≥ 95% dei casi) l'acquisizione del consenso informato da parte del medico curante. I tempi e le modalità di rilevazione sono quelli previsti nel programma regionale del rischio e del governo clinico	il consenso informato è acquisito per tutte le procedure eseguite in regime di ricovero o ambulatoriale per le quali è previsto	100%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<p>monitoraggio su un campione di 89 cartelle: il consenso è acquisito nel 96,63% dei casi (86 su 89).</p>							
partecipazione al programma di accreditamento internazionale	i professionisti garantiscono il contributo alle attività connesse al mantenimento dell'accreditamento (autovalutazione e avvio dei lavori di team relativi all'analisi della road map e alla definizione delle priorità di intervento)	autovalutazione avvio dei lavori dei team (analisi della road map e definizione delle priorità di intervento)	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<p>Eseguita autovalutazione. Tutti i team hanno preso visione della road map e si sono attivati per la definizione del piano di miglioramento relativo alle criticità emerse.</p>							
introduzione scheda unica di terapia	1.collaborazione alla predisposizione della scheda unica entro giugno 2012; 2. avvio dell'utilizzo da settembre 2012 e 3. utilizzo a regime dal 1 dicembre	riduzione del rischio nella somministrazione farmaci. Valutazione dell'obiettivo solo con riferimento al 3° indicatore "utilizzo a regime dal 1 dicembre"	100,00%	20,0%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<p>La procedura per definire la scheda è stata predisposta e discussa il 10 agosto con il gruppo di referenti. Con nota prot.n.14616/S del 28/9/2012 è stata trasmessa la procedura per la corretta compilazione della scheda unica di terapia. Nelle giornate del 17 e 18 dicembre la direzione sanitaria ha effettuato il monitoraggio della corretta applicazione della procedura. Il monitoraggio effettuato dalla direzione sanitaria evidenzia l'applicazione della procedura</p>							

GESTIONE RISORSE UMANE E ORGANIZZAZIONE

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.
Grado di Raggiungimento						

GESTIONE RISORSE UMANE E ORGANIZZAZIONE

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.
Grado di Raggiungimento						
gestire le ferie	numero gg di ferie da fruire entro il 31/12/2012: 459 Il monitoraggio sarà effettuato a livello complessivo di struttura operativa. Se l'obiettivo non è raggiunto si valuterà positivamente in presenza di un abbattimento delle ferie pregresse ≥ alla media delle strutture oggetto di valutazione (verbale n. 9 OIVP) 459 giorni	100% ferie anno corrente e abbattimento ferie pregresse: per il personale con residuo ferie al 1/1/12 > 8 gg: ridurre il residuo ferie al 1/1/12 di almeno il 20%; b) per il personale con residuo ferie al 1/1/12 ≤ 8 gg: residuo ferie al 1/1/13 ≤ 8 gg.	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
505 giorni						
applicazione del regolamento aziendale sull'orario di lavoro	monitoraggio della gestione risorse umane	applicazione del regolamento	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
E' stata attivata la gestione decentrata delle presenze/assenze.						
piani di lavoro	i piani devono essere inviati alla direzione sanitaria entro la fine del mese precedente a quello cui la programmazione si riferisce	i piani di lavoro sono inviati regolarmente rispettando l'indicatore	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Gennaio - Dicembre inviati nei termini						
valutazione dei dirigenti	le valutazioni dei dirigenti sono completate secondo le indicazioni diffuse dalle direzioni	completamento dei percorsi di valutazione dei dirigenti previsti nel 2012	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
valutazione effettuata con riferimento all'anno 2011						
partecipazione del personale della struttura a specifiche attività formative individuate dalle direzioni	partecipazione di almeno 1 dirigente o, qualora indicato, di 1 personale del comparto, alle attività formative richieste dalle Direzioni (le attività formative verranno segnalate ad hoc)	evidenza della partecipazione	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Attività formative individuate dalle Direzioni: 1. Radioprotezione Metabolica, IORT e Pazienti iniettati PET 2. Riunione annuale del Comitato Scientifico Internazionale 3. Corso sul mentoring. 4. Riunione del 27. 11 sulla sicurezza 5. Corso Bundles per la prevenzione delle infezioni 6. Corso "Utilizzo dei gas medicali in sicurezza" 7. Corso "Utilizzo dell'azoto liquido in sicurezza. Impianti e apparecchiature criogeniche."						
Procedura per la formazione e valorizzazione del neoassunto, compresi i contratti atipici	monitoraggio a campione da parte della dir. san. della scheda di valutazione a partire dal 1° maggio. Il campione deve riguardare almeno il 50% del personale inserito a partire dal 1° maggio con eventuali approssimazioni per eccesso (es.: 1 =1, 3= 2)	Applicazione della procedura definita nel 2011	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Il monitoraggio sul campione selezionato dalla direzione ha evidenziato l'applicazione della procedura						

GOVERNO DEI TEMPI DI ATTESA

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
contenimento dei tempi di attesa per incannulazione venosa centrale	il 100% delle prestazioni di incannulazione venosa centrale sono erogati entro 10 giorni con esclusione dei casi programmati in tempi diversi per ragioni clinico terapeutiche	contenimento dei tempi di attesa attraverso la revisione del percorso organizzativo. Monitoraggio da parte della Direzione Medica	87%		x	x	x

viene riconosciuta una franchigia del 10% se motivata. Verbale n. 9 del 10/1/2013 OIVP "la franchigia viene applicata (ove prevista) solo se questa consente il raggiungimento al 100% dell'obiettivo..."

L'obiettivo correlato alle RAR potrebbe essere modificato in seguito agli accordi sulle RAR sottoscritti con le OO.SS. Nel caso di conseguimento parziale dell'obiettivo, le RAR potranno essere distribuite nella misura percentuale di attuazione dell'obiettivo, solo se è dimostrato un'incremento dei volumi di questa attività in grado di giustificare il parziale raggiungimento (verbale n. 9 OIVP)

I sistemi informativi attualmente utilizzati non consentono il monitoraggio dell'obiettivo. Con nota prot 10/AR/13 del 3/3/2013 il direttore della struttura ha comunicato che l'87% delle prestazioni di incannulazione venosa centrale sono state eseguite entro i tempi previsti. Si evidenzia un incremento dei port impiantati del 18% (+ 113) rispetto al 2011 e del 29% (+161) rispetto al 2010. L'OIVP con verbale n. 11 del 18/6/13 prende atto della nota prot. N. 10/AR/13 del 6/3/13 che coerentemente con quanto già deciso nel verbale n. 9 dell'OIVP quantifica in misura pari all'87% i pazienti incannulati nei tempi previsti. Su tale percentuale si può pertanto procedere al riconoscimento del raggiungimento dell'obiettivo.

SISTEMI INFORMATIVI

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
corretta trasmissione delle SDO	- 100% di SDO chiuse nei termini; - 100% dei campi obbligatori compilati	Chiudere la SDO entro il ventesimo giorno del mese successivo a quello della dimissione del paziente per i ricoveri ordinari e dell'ultimo accesso per i ricoveri in DH con tutti i campi obbligatori compilati	in linea		x	x	

viene riconosciuta una franchigia del 5% se motivata. Verbale n. 9 del 10/1/2013 OIVP "la franchigia viene applicata (ove prevista) solo se questa consente il raggiungimento al 100% dell'obiettivo..."

**Chiuse nei termini: 99,62% (1 sdo oltre termini).
Campi obbligatori: 99,37% (5 sdo non hanno livello istruzione). Raggiungimento: 99,49% che diventa 100% con l'applicazione della franchigia.**

Totale raggiungimento obiettivi valutati	% raggiungimento ob. retrib. risult	% valutazione
	99,00%	100,00%

**MONITORAGGIO BUDGET 2012 - SOC GASTROENTEROLOGIA
ONCOLOGICA - Valutato dall'OIVP con verbali n. 10 del 20/05/2013, n. 11 del
18/06/2013 e n. 12 del 17/07/2013**

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 dei direttori 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

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
Prestazioni specialistiche ambulatoriali per esterni	valore attività ambulatoriale per esterni	€ 500.000	100,00%	60,0%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
L'obiettivo è valutato secondo un criterio proporzionale							
€ 569.979							

attività di ricerca	valore impact factor normalizzato	valore: media biennio 2010-2011 (obiettivo 26,750)	100,00%	10,0%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
L'obiettivo è assegnato e valutato a livello dipartimentale secondo il criterio di proporzionalità.							
valore impact factor normalizzato: 46,2							

produzione scientifica	punti attività scientifica	punteggio > 4	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
L'obiettivo è assegnato e valutato a livello dipartimentale secondo il criterio di proporzionalità.							
7,9 punti (valutate solo le collaborazioni tra strutture operative, la produzione di materiale divulgativo, i trials ed i finanziamenti ad esclusione delle oblazioni)							

CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
Definire il nuovo modello operativo per il trasferimento delle attività durante i lavori di adeguamento antisismico	modello operativo effettivo corrisponde a quello atteso (monitoraggio da parte della direzione sanitaria)	predisposizione e diffusione del nuovo modello operativo	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Vedi nota prot. 19/2012 GE del 22.06.2012 che descrive il modello operativo utilizzato durante i lavori di adeguamento antisismico per ridurre al minimo i disagi per i pazienti e per continuare l'attività presso i nuovi locali.							

GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
partecipazione al progetto di revisione della gestione del consenso informato	nella cartella CRO è sempre documentata (≥ 95% dei casi) l'acquisizione del consenso informato da parte del medico curante. I tempi e le modalità di rilevazione sono quelli previsti nel programma regionale del rischio e del governo clinico	il consenso informato è acquisito per tutte le procedure eseguite in regime di ricovero o ambulatoriale per le quali è previsto	100%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
monitoraggio su un campione di 30 endoscopie: il consenso è acquisito nel 100% dei casi.							

GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
partecipazione al programma di accreditamento internazionale	i professionisti garantiscono il contributo alle attività connesse al mantenimento dell'accreditamento (autovalutazione e avvio dei lavori di team relativi all'analisi della road map e alla definizione delle priorità di intervento)	autovalutazione avvio dei lavori dei team (analisi della road map e definizione delle priorità di intervento)	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	x	x

Eseguita autovalutazione. Tutti i team hanno preso visione della road map e si sono attivati per la definizione del piano di miglioramento relativo alle criticità emerse.

GESTIONE RISORSE UMANE E ORGANIZZAZIONE

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
gestire le ferie	numero gg di ferie da fruire entro il 31/12/2012: 117 Il monitoraggio sarà effettuato a livello complessivo di struttura operativa. Se l'obiettivo non è raggiunto si valuterà positivamente in presenza di un abbattimento delle ferie pregresse \geq alla media delle strutture oggetto di valutazione (verbale n. 9 OIVP) 117 giorni	100% ferie anno corrente e abbattimento ferie pregresse: per il personale con residuo ferie al 1/1/12 > 8 gg: ridurre il residuo ferie al 1/1/12 di almeno il 20%; b) per il personale con residuo ferie al 1/1/12 \leq 8 gg: residuo ferie al 1/1/13 \leq 8 gg.	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	x	<input type="checkbox"/>

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

119 giorni

applicazione del regolamento aziendale sull'orario di lavoro	monitoraggio della gestione risorse umane	applicazione del regolamento	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	x	<input type="checkbox"/>
--	---	------------------------------	----------	--------------------------	--------------------------	---	--------------------------

E' stata attivata la gestione decentrata delle presenze/assenze.

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

Gennaio - Dicembre inviati nei termini

valutazione dei dirigenti	le valutazioni dei dirigenti sono completate secondo le indicazioni diffuse dalle direzioni	completamento dei percorsi di valutazione dei dirigenti previsti nel 2012	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	x	<input type="checkbox"/>
---------------------------	---	---	----------	--------------------------	--------------------------	---	--------------------------

valutazione effettuata con riferimento all'anno 2011

GESTIONE RISORSE UMANE E ORGANIZZAZIONE

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
partecipazione del personale della struttura a specifiche attività formative individuate dalle direzioni	partecipazione di almeno 1 dirigente o, qualora indicato, di 1 personale del comparto, alle attività formative richieste dalle Direzioni (le attività formative verranno segnalate ad hoc)	evidenza della partecipazione	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Attività formative individuate dalle Direzioni:

1. Radioprotezione Metabolica, IORT e Pazienti iniettati PET
2. Riunione annuale del Comitato Scientifico Internazionale
3. Corso sul mentoring.
4. Riunione del 27. 11 sulla sicurezza
5. Corso Bundles per la prevenzione delle infezioni
6. Corso "Utilizzo dei gas medicali in sicurezza"
7. Corso "Utilizzo dell'azoto liquido in sicurezza. Impianti e apparecchiature criogeniche."

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

Il monitoraggio sul campione selezionato dalla direzione ha evidenziato l'applicazione della procedura

PROGRAMMI DI SCREENING

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
Screening colon retto	1) Tempo trascorso tra data in cui è stato refertato FOBT di screening positivo e data colonscopia: <=30 giorni in almeno il 90% dei casi inviati al 2° livello. 2) Esaustiva compilazione della cartella endoscopica (95% casi e informazioni)	1) rispetto dei tempi indicati dalla Regione; 2) completezza del ritorno informativo per l'attività di colonscopia secondo le indicazioni regionali	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

1) 99,40%; 2) 100% (monitoraggi regionali)

SISTEMI INFORMATIVI

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
garantire la prenotazione centralizzata attraverso g3	il 100% delle prestazioni ambulatoriali individuate ed erogate sono prenotate correttamente a sistema. La valutazione della "correttezza" sarà effettuata a partire dal mese di ottobre da parte della Direzione Medica	le prest amb (compresa LP) sono prenotate a sistema. Per l'attività istituzionale erogata i codici del tariffario considerati sono: 45.13, 45.16, 45.19, 45.23, 45.23.1, 45.24, 45.25, 45.26.1, 45.29.2, 45.29.3, 48.24, 89.01, 89.7	100,00%	30,0%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

viene riconosciuta una franchigia del 10% se motivata sul numero di prestazioni ambulatoriali istituzionali. La valutazione è effettuata secondo un criterio proporzionale. Nella valutazione della "correttezza" non viene riconosciuta la franchigia. Verbale n. 9 del 10/1/2013 OIVP "la franchigia viene applicata (ove prevista) solo se questa consente il raggiungimento al 100% dell'obiettivo..."

il 98,71% delle prestazioni è prenotato a sistema. Diventa il 100% con l'applicazione della franchigia

SISTEMI INFORMATIVI

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.
Grado di Raggiungimento						
utilizzo del sistema g2 clinico	100%	numero di prestazioni ambulatoriali refertate con il g2 clinico ai fini del ritorno dell'erogato	in linea	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="x"/>

viene riconosciuta una franchigia del 10% se motivata. Verbale n. 9 del 10/1/2013 OIVP "la franchigia viene applicata (ove prevista) solo se questa consente il raggiungimento al 100% dell'obiettivo..."

il 99,98% delle prestazioni ambulatoriali è refertato con il g2 clinico. Diventa il 100% con l'applicazione della franchigia

Totale raggiungimento obiettivi valutati	% raggiungimento ob. retrib. risult	% valutazione
	100,00%	100,00%

**MONITORAGGIO BUDGET 2012 - SOC EPIDEMIOLOGIA E BIostatistica -
Valutato dall'OIVP con verbali n. 10 del 20/05/2013, n. 11 del 18/06/2013 e n. 12
del 17/07/2013**

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 dei direttori 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

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
attività di ricerca	valore impact factor normalizzato	valore: media biennio 2010-2011 (obiettivo 348,700)	100,00%	80,0%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

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

valore impact factor normalizzato: 465,4

produzione scientifica	punti attività scientifica	punteggio > 4	100,00%	20,0%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
------------------------	----------------------------	---------------	---------	-------	--------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

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

29 punti (valutate solo le collaborazioni tra strutture operative, la produzione di materiale divulgativo, i trials ed i finanziamenti ad esclusione delle oblazioni)

gestione registro tumori	1. Individuazione dei casi che necessitano di revisione manuale. 2. Produzione di dati sintetici valutativi in forma tabellare.	1. Iniziare il processo di identificazione dei nuovi casi di tumore diagnosticati nel biennio 2008-2009. 2. Analisi statistica dei dati relativi alla revisione dei tumori del cavo orale, della cervice uterina e della prostata.	in linea	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
--------------------------	---	--	----------	--------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

L'obiettivo correlato alle RAR potrebbe essere modificato in seguito agli accordi sulle RAR sottoscritti con le OO.SS.

1. Per il biennio 2008-2009 sono state esaminate in formato elettronico le informazioni relative a 11.806.443 persone residenti in FVG che presentavano dati di natura sanitaria collegabili a malattie neoplastiche. L'analisi di questi casi ha ridotto le nuove incidenze di tumori in FVG per il biennio 2008-2009 a 42.885 persone, di cui 25.561 con tumore maligno. Partendo dall'elenco di 25.561 persone con diagnosi di tumore maligno, il personale ha iniziato il lavoro di revisione sistematica delle diagnosi per ottemperare agli standard internazionali di qualità richiesti perché il registro tumori del FVGT possa essere incluso tra i registri tumori di popolazione dalla International of Cancer Registries
2. la struttura, usando i dati consolidati delle incidenze del biennio 2006-2007, ha prodotto analisi statistiche relative a tre sedi neoplastiche di particolare rilevanza: tumori del cavo orale legati al fumo di sigarette e a consumo di bevande alcoliche, il carcinoma della cervice uterina per cui è attivo un programma di screening di popolazione e il carcinoma della prostata che mostra significativi aumenti di incidenza legati all'uso dello screening tramite il test PSA. I Risultati ottenuti sono riportati nella nota prot. 16/Epid. del 21.01.2013

GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.
Grado di Raggiungimento						
partecipazione al programma di accreditamento internazionale	i professionisti garantiscono il contributo alle attività connesse al mantenimento dell'accreditamento (autovalutazione e avvio dei lavori di team relativi all'analisi della road map e alla definizione delle priorità di intervento)	autovalutazione avvio dei lavori dei team (analisi della road map e definizione delle priorità di intervento)	in linea	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Eseguita autovalutazione. Tutti i team hanno preso visione della road map e si sono attivati per la definizione del piano di miglioramento relativo alle criticità emerse.

GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
avviare le attività per la definizione e implementazione di un sistema di gestione della qualità documentato	1. formalizzazione di un gruppo di lavoro e 2. Formalizzazione del programma delle attività (compreso gantt) entro il 31/12	sono definiti il programma e la tempistica delle attività per l'implementazione del SGQ.	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

1. Con nota prot. 13/DOMERT del 10.09.2012 è stato formalizzato il gruppo di lavoro per l'implementazione di un sistema di gestione qualità. 2. Con nota prot. 26/DOMERT del 11.12.2012 è stato inviato il gantt contenente il piano delle attività svolte nel corso dell'anno e la proposta di programma e relative tempistiche per le attività connesse alla implementazione del sistema di gestione della qualità che si dovrebbe completare nel 2013.

GESTIONE RISORSE UMANE E ORGANIZZAZIONE

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
gestire le ferie	numero gg di ferie da fruire entro il 31/12/2012: 175 Il monitoraggio sarà effettuato a livello complessivo di struttura operativa. Se l'obiettivo non è raggiunto si valuterà positivamente in presenza di un abbattimento delle ferie pregresse \geq alla media delle strutture oggetto di valutazione (verbale n. 9 OIVP) 175 giorni	100% ferie anno corrente e abbattimento ferie pregresse: per il personale con residuo ferie al 1/1/12 > 8 gg: ridurre il residuo ferie al 1/1/12 di almeno il 20%; b) per il personale con residuo ferie al 1/1/12 \leq 8 gg: residuo ferie al 1/1/13 \leq 8 gg.	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

183 giorni.

applicazione del regolamento aziendale sull'orario di lavoro	monitoraggio della gestione risorse umane	applicazione del regolamento	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	---	------------------------------	----------	--------------------------	--------------------------	-------------------------------------	--------------------------

E' stata attivata la gestione decentrata delle presenze/assenze.

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

Gennaio - Dicembre inviati nei termini

valutazione dei dirigenti	le valutazioni dei dirigenti sono completate secondo le indicazioni diffuse dalle direzioni	completamento dei percorsi di valutazione dei dirigenti previsti nel 2012	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---------------------------	---	---	----------	--------------------------	--------------------------	-------------------------------------	--------------------------

valutazione effettuata con riferimento all'anno 2011

GESTIONE RISORSE UMANE E ORGANIZZAZIONE

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.

Grado di Raggiungimento

partecipazione del personale della struttura a specifiche attività formative individuate dalle direzioni	partecipazione di almeno 1 dirigente o, qualora indicato, di 1 personale del comparto, alle attività formative richieste dalle Direzioni (le attività formative verranno segnalate ad hoc)	evidenza della partecipazione	in linea			x	x
--	--	-------------------------------	----------	--	--	---	---

Attività formative individuate dalle Direzioni:

1. Radioprotezione Metabolica, IORT e Pazienti iniettati PET
2. Riunione annuale del Comitato Scientifico Internazionale
3. Corso sul mentoring.
4. Riunione del 27. 11 sulla sicurezza
5. Corso Bundles per la prevenzione delle infezioni
6. Corso "Utilizzo dei gas medicali in sicurezza"
7. Corso "Utilizzo dell'azoto liquido in sicurezza. Impianti e apparecchiature criogeniche."

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

Il monitoraggio sul campione selezionato dalla direzione ha evidenziato l'applicazione della procedura

	% raggiungimento ob. retrib. result	% valutazione
Totale raggiungimento obiettivi valutati	100,00%	100,00%

**MONITORAGGIO BUDGET 2012 - SOC FARMACOLOGIA CLINICO
SPERIMENTALE - Valutato dall'OIVP con verbali n. 10 del 20/05/2013, n. 11 del
18/06/2013 e n. 12 del 17/07/2013**

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 dei direttori 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

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
attività di ricerca	valore impact factor normalizzato	valore: media biennio 2010-2011 (obiettivo dipartimentale: 348,700, ai fini RAR 58,3)	100,00%	75,0%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

L'obiettivo è assegnato e valutato a livello dipartimentale secondo il criterio di proporzionalità. Ai fini delle RAR l'obiettivo è valutato a livello di struttura operativa

L'obiettivo correlato alle RAR potrebbe essere modificato in seguito agli accordi sulle RAR sottoscritti con le OO.SS.

valore impact factor normalizzato: 465,4 [per le RAR 96,8]

produzione scientifica	punti attività scientifica	punteggio > 4	100,00%	15,0%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
------------------------	----------------------------	---------------	---------	-------	--------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

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

24 punti (valutate solo le collaborazioni tra strutture operative, la produzione di materiale divulgativo, i trials ed i finanziamenti ad esclusione delle oblazioni)

gestione nanomedicina	1) definizione dei progetti di nanomedicina e individuazione del diagramma di gantt; 2) una riunione di start-up	funzionamento laboratorio nanomedicina	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
-----------------------	--	--	----------	--------------------------	--------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

1. sono stati definiti 3 progetti di nanomedicina ("Application of advanced nanotechnology in the development of innovative cancer diagnostics tools", "Molecular nanotechnology for life science applications: quantitative interactions for diagnostics, proteomics and quantitative oncology", "Approcci nanotecnologici per la teragnostica dei tumori". 2. sono state effettuate le riunioni di start-up, una per progetto (vedi relazione prot. 286/FSC del 07.12.2012 e sua integrazione prot. 20132/CG del 27.12.2012)

GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
partecipazione al programma di accreditamento internazionale	i professionisti garantiscono il contributo alle attività connesse al mantenimento dell'accreditamento (autovalutazione e avvio dei lavori di team relativi all'analisi della road map e alla definizione delle priorità di intervento)	autovalutazione avvio dei lavori dei team (analisi della road map e definizione delle priorità di intervento)	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Eseguita autovalutazione. Tutti i team hanno preso visione della road map e si sono attivati per la definizione del piano di miglioramento relativo alle criticità emerse.

inserimento nel programma di certificazione attraverso outsourcing delle attività diagnostiche dei laboratori di ricerca	definizione dei processi e delle procedure di outsourcing individuati	avvio e implementazione del percorso di outsourcing propedeutico alla certificazione entro il 30/09	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
--	---	---	----------	--------------------------	--------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

Con mail del 28/9/2012 (prot.n. 15675) è stato trasmesso il documento relativo all'avvio e implementazione del percorso di outsourcing propedeutico alla certificazione.

GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
avviare le attività per la definizione e implementazione di un sistema di gestione della qualità documentato	1. formalizzazione di un gruppo di lavoro e 2. Formalizzazione del programma delle attività (compreso gantt) entro il 31/12	sono definiti il programma e la tempistica delle attività per l'implementazione del SGQ.	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

1. Con nota prot. 13/DOMERT del 10.09.2012 è stato formalizzato il gruppo di lavoro per l'implementazione di un sistema di gestione qualità. 2. Con nota prot. 26/DOMERT del 11.12.2012 è stato inviato il gantt contenente il piano delle attività svolte nel corso dell'anno e la proposta di programma e relative tempistiche per le attività connesse alla implementazione del sistema di gestione della qualità che si dovrebbe completare nel 2013.

GESTIONE RISORSE UMANE E ORGANIZZAZIONE

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
gestire le ferie	numero gg di ferie da fruire entro il 31/12/2012: 145 Il monitoraggio sarà effettuato a livello complessivo di struttura operativa. Se l'obiettivo non è raggiunto si valuterà positivamente in presenza di un abbattimento delle ferie pregresse \geq alla media delle strutture oggetto di valutazione (verbale n. 9 OIVP) 145 giorni	100% ferie anno corrente e abbattimento ferie pregresse: per il personale con residuo ferie al 1/1/12 > 8 gg: ridurre il residuo ferie al 1/1/12 di almeno il 20%; b) per il personale con residuo ferie al 1/1/12 \leq 8 gg: residuo ferie al 1/1/13 \leq 8 gg.	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

150 giorni

applicazione del regolamento aziendale sull'orario di lavoro	monitoraggio della gestione risorse umane	applicazione del regolamento	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	---	------------------------------	----------	--------------------------	--------------------------	-------------------------------------	--------------------------

E' stata attivata la gestione decentrata delle presenze/assenze.

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

Gennaio - Dicembre inviati nei termini

valutazione dei dirigenti	le valutazioni dei dirigenti sono completate secondo le indicazioni diffuse dalle direzioni	completamento dei percorsi di valutazione dei dirigenti previsti nel 2012	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---------------------------	---	---	----------	--------------------------	--------------------------	-------------------------------------	--------------------------

valutazione effettuata con riferimento all'anno 2011

GESTIONE RISORSE UMANE E ORGANIZZAZIONE

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
partecipazione del personale della struttura a specifiche attività formative individuate dalle direzioni	partecipazione di almeno 1 dirigente o, qualora indicato, di 1 personale del comparto, alle attività formative richieste dalle Direzioni (le attività formative verranno segnalate ad hoc)	evidenza della partecipazione	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Attività formative individuate dalle Direzioni:

1. Radioprotezione Metabolica, IORT e Pazienti iniettati PET
2. Riunione annuale del Comitato Scientifico Internazionale
3. Corso sul mentoring.
4. Riunione del 27. 11 sulla sicurezza
5. Corso Bundles per la prevenzione delle infezioni
6. Corso "Utilizzo dei gas medicali in sicurezza"
7. Corso "Utilizzo dell'azoto liquido in sicurezza. Impianti e apparecchiature criogeniche."

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

Non è pervenuta la documentazione dell'applicazione della procedura

RISORSE PRODOTTI SANITARI

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
rispettare il budget assegnato per il materiale diagnostico acquistato con fondi istituzionali	importo assegnato a livello dipartimentale	€ 697.000	100,00%	10,0%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Il raggiungimento dell'obiettivo viene correlato all'incremento dell'utilizzo di fondi finalizzati in presenza di consumi su fondi istituzionali inferiori al dato 2011 (verbale n. 9 OIVP)

Il consumo di materiale diagnostico acquistato con fondi istituzionali è pari a € 744.794, con un grado di raggiungimento del 93,12%. L'obiettivo si ritiene comunque raggiunto in quanto rispetto al 2012 si è avuto un calo del 3,95% di consumi di fondi istituzionali (-€30.640) ed un incremento del 58,29% di consumi di fondi finalizzati (€ 123.840)

Totale raggiungimento obiettivi valutati	% raggiungimento ob. retrib. risult	% valutazione
	100,00%	100,00%

**MONITORAGGIO BUDGET 2012 - SOC ONCOLOGIA SPERIMENTALE 1 -
Valutato dall'OIVP con verbali n. 10 del 20/05/2013, n. 11 del 18/06/2013 e n. 12
del 17/07/2013**

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 dei direttori 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

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
Prestazioni specialistiche ambulatoriali per esterni	valore attività ambulatoriale per esterni	€ 56.000	in linea			x	x
L'obiettivo è valutato secondo un criterio proporzionale							
€ 97.758							

attività di ricerca	valore impact factor normalizzato	valore: media biennio 2010-2011 (obiettivo dipartimentale: 348,700, ai fini RAR: 58,7)	100,00%	75,0%	x	x	x
L'obiettivo è assegnato e valutato a livello dipartimentale secondo il criterio di proporzionalità. Ai fini delle RAR l'obiettivo è valutato a livello di struttura operativa							
L'obiettivo correlato alle RAR potrebbe essere modificato in seguito agli accordi sulle RAR sottoscritti con le OO.SS.							
valore impact factor normalizzato: 465,4 [per le RAR 68,2]							

produzione scientifica	punti attività scientifica	punteggio > 4	100,00%	15,0%		x	x
I punteggi realizzati vengono valutati come segue: un punteggio >= 4 punti = 100% un punteggio < 1 punti = 0 il restante = 80%							
21,5 punti (valutate solo le collaborazioni tra strutture operative, la produzione di materiale divulgativo, i trials ed i finanziamenti ad esclusione delle oblazioni)							

GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
partecipazione al programma di accreditamento internazionale	i professionisti garantiscono il contributo alle attività connesse al mantenimento dell'accreditamento (autovalutazione e avvio dei lavori di team relativi all'analisi della road map e alla definizione delle priorità di intervento)	autovalutazione avvio dei lavori dei team (analisi della road map e definizione delle priorità di intervento)	in linea			x	x
Eseguita autovalutazione. Tutti i team hanno preso visione della road map e si sono attivati per la definizione del piano di miglioramento relativo alle criticità emerse.							

completamento delle attività relative all'outsourcing per la diagnostica di laboratorio in vista della certificazione del Dipartimento dei Laboratori	documentare le attività del processo	visita ispettiva dell'ente certificatore	in linea			x	x
---	--------------------------------------	--	----------	--	--	---	---

Le attività sono state svolte in linea con l'obiettivo. Nel mese di novembre 2012 si è svolta la visita da parte dell'ente certificatore il quale, tra le altre cose, ha valutato il processo di outsourcing gestito dal dipartimento dei laboratori pur non svolgendo materialmente la visita anche in OS1.

GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
avviare le attività per la definizione e implementazione di un sistema di gestione della qualità documentato	1. formalizzazione di un gruppo di lavoro e 2. Formalizzazione del programma delle attività (compreso gantt) entro il 31/12	sono definiti il programma e la tempistica delle attività per l'implementazione del SGQ.	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

1. Con nota prot. 13/DOMERT del 10.09.2012 è stato formalizzato il gruppo di lavoro per l'implementazione di un sistema di gestione qualità. 2. Con nota prot. 26/DOMERT del 11.12.2012 è stato inviato il gantt contenente il piano delle attività svolte nel corso dell'anno e la proposta di programma e relative tempistiche per le attività connesse alla implementazione del sistema di gestione della qualità che si dovrebbe completare nel 2013.

GESTIONE RISORSE UMANE E ORGANIZZAZIONE

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
gestire le ferie	numero gg di ferie da fruire entro il 31/12/2012: 254 Il monitoraggio sarà effettuato a livello complessivo di struttura operativa. Se l'obiettivo non è raggiunto si valuterà positivamente in presenza di un abbattimento delle ferie pregresse \geq alla media delle strutture oggetto di valutazione (verbale n. 9 OIVP) 254 giorni	100% ferie anno corrente e abbattimento ferie pregresse: per il personale con residuo ferie al 1/1/12 > 8 gg: ridurre il residuo ferie al 1/1/12 di almeno il 20%; b) per il personale con residuo ferie al 1/1/12 \leq 8 gg: residuo ferie al 1/1/13 \leq 8 gg.	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

243 giorni, ma con % abbattimento superiore alla media

applicazione del regolamento aziendale sull'orario di lavoro	monitoraggio della gestione risorse umane	applicazione del regolamento	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	---	------------------------------	----------	--------------------------	--------------------------	-------------------------------------	--------------------------

E' stata attivata la gestione decentrata delle presenze/assenze.

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

Gennaio - Dicembre inviati nei termini

valutazione dei dirigenti	le valutazioni dei dirigenti sono completate secondo le indicazioni diffuse dalle direzioni	completamento dei percorsi di valutazione dei dirigenti previsti nel 2012	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---------------------------	---	---	----------	--------------------------	--------------------------	-------------------------------------	--------------------------

valutazione effettuata con riferimento all'anno 2011

GESTIONE RISORSE UMANE E ORGANIZZAZIONE

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
partecipazione del personale della struttura a specifiche attività formative individuate dalle direzioni	partecipazione di almeno 1 dirigente o, qualora indicato, di 1 personale del comparto, alle attività formative richieste dalle Direzioni (le attività formative verranno segnalate ad hoc)	evidenza della partecipazione	in linea			x	x

Attività formative individuate dalle Direzioni:

1. Radioprotezione Metabolica, IORT e Pazienti iniettati PET
2. Riunione annuale del Comitato Scientifico Internazionale
3. Corso sul mentoring.
4. Riunione del 27. 11 sulla sicurezza
5. Corso Bundles per la prevenzione delle infezioni
6. Corso "Utilizzo dei gas medicali in sicurezza"
7. Corso "Utilizzo dell'azoto liquido in sicurezza. Impianti e apparecchiature criogeniche."

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

Il monitoraggio sul campione selezionato dalla direzione ha evidenziato l'applicazione della procedura

RISORSE PRODOTTI SANITARI

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
rispettare il budget assegnato per il materiale diagnostico acquistato con fondi istituzionali	importo assegnato a livello dipartimentale	€ 697.000	100,00%	10,0%		x	

Il raggiungimento dell'obiettivo viene correlato all'incremento dell'utilizzo di fondi finalizzati in presenza di consumi su fondi istituzionali inferiori al dato 2011 (verbale n. 9 OIVP)

Il consumo di materiale diagnostico acquistato con fondi istituzionali è pari a € 744.794, con un grado di raggiungimento del 93,12%. L'obiettivo si ritiene comunque raggiunto in quanto rispetto al 2012 si è avuto un calo del 3,95% di consumi di fondi istituzionali (-€30.640) ed un incremento del 58,29% di consumi di fondi finalizzati (€ 123.840)

Totale raggiungimento obiettivi valutati	% raggiungimento ob. retrib. risult	% valutazione
	100,00%	100,00%

**MONITORAGGIO BUDGET 2012 - SOC ONCOLOGIA SPERIMENTALE 2 -
Valutato dall'OIVP con verbali n. 10 del 20/05/2013, n. 11 del 18/06/2013 e n. 12
del 17/07/2013**

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 dei direttori 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

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
attività di ricerca	valore impact factor normalizzato	valore: media biennio 2010-2011 (obiettivo dipartimentale: 348,700, ai fini RAR: 60,05)	100,00%	75,0%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

L'obiettivo è assegnato e valutato a livello dipartimentale secondo il criterio di proporzionalità. Ai fini delle RAR l'obiettivo è valutato a livello di struttura operativa

L'obiettivo correlato alle RAR potrebbe essere modificato in seguito agli accordi sulle RAR sottoscritti con le OO.SS.

valore impact factor normalizzato: 465,4 [per le RAR 87]

produzione scientifica	punti attività scientifica	punteggio > 4	100,00%	15,0%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
------------------------	----------------------------	---------------	---------	-------	--------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

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

27,5 punti (valutate solo le collaborazioni tra strutture operative, la produzione di materiale divulgativo, i trials ed i finanziamenti ad esclusione delle oblazioni)

GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
partecipazione al programma di accreditamento internazionale	i professionisti garantiscono il contributo alle attività connesse al mantenimento dell'accreditamento (autovalutazione e avvio dei lavori di team relativi all'analisi della road map e alla definizione delle priorità di intervento)	autovalutazione avvio dei lavori dei team (analisi della road map e definizione delle priorità di intervento)	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Eseguita autovalutazione. Tutti i team hanno preso visione della road map e si sono attivati per la definizione del piano di miglioramento relativo alle criticità emerse.

inserimento nel programma di certificazione attraverso outsourcing delle attività diagnostiche dei laboratori di ricerca	definizione dei processi e delle procedure di outsourcing individuati	avvio e implementazione del percorso di outsourcing propedeutico alla certificazione entro il 30/09	obiettivo eliminato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
--	---	---	---------------------	--------------------------	--------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

L'obiettivo viene eliminato perché non si è ritenuto di procedere alla definizione dei processi e procedure (verbale n. 9 OIVP)

con nota prot. 79/OS2 del 31.10.2012 il direttore della struttura rappresenta i motivi per i quali ritiene di non procedere alla definizione delle procedure ed all'avvio dell'implementazione del percorso per la numerazione e definizione delle Cellule tumorali circolanti indicato con nota prot. n. 13/OS2 del 27.09.2011.

GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
avviare le attività per la definizione e implementazione di un sistema di gestione della qualità documentato	1. formalizzazione di un gruppo di lavoro e 2. Formalizzazione del programma delle attività (compreso gantt) entro il 31/12	sono definiti il programma e la tempistica delle attività per l'implementazione del SGQ.	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

1. Con nota prot. 13/DOMERT del 10.09.2012 è stato formalizzato il gruppo di lavoro per l'implementazione di un sistema di gestione qualità. 2. Con nota prot. 26/DOMERT del 11.12.2012 è stato inviato il gantt contenente il piano delle attività svolte nel corso dell'anno e la proposta di programma e relative tempistiche per le attività connesse alla implementazione del sistema di gestione della qualità che si dovrebbe completare nel 2013.

GESTIONE RISORSE UMANE E ORGANIZZAZIONE

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
gestire le ferie	numero gg di ferie da fruire entro il 31/12/2012: 255 Il monitoraggio sarà effettuato a livello complessivo di struttura operativa. Se l'obiettivo non è raggiunto si valuterà positivamente in presenza di un abbattimento delle ferie pregresse \geq alla media delle strutture oggetto di valutazione (verbale n. 9 OIVP) 255 giorni	100% ferie anno corrente e abbattimento ferie pregresse: per il personale con residuo ferie al 1/1/12 > 8 gg: ridurre il residuo ferie al 1/1/12 di almeno il 20%; b) per il personale con residuo ferie al 1/1/12 \leq 8 gg: residuo ferie al 1/1/13 \leq 8 gg.	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

243 giorni, ma con % abbattimento superiore alla media

applicazione del regolamento aziendale sull'orario di lavoro	monitoraggio della gestione risorse umane	applicazione del regolamento	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	---	------------------------------	----------	--------------------------	--------------------------	-------------------------------------	--------------------------

E' stata attivata la gestione decentrata delle presenze/assenze.

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

Gennaio - Dicembre inviati nei termini

valutazione dei dirigenti	le valutazioni dei dirigenti sono completate secondo le indicazioni diffuse dalle direzioni	completamento dei percorsi di valutazione dei dirigenti previsti nel 2012	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---------------------------	---	---	----------	--------------------------	--------------------------	-------------------------------------	--------------------------

valutazione effettuata con riferimento all'anno 2011

GESTIONE RISORSE UMANE E ORGANIZZAZIONE

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
partecipazione del personale della struttura a specifiche attività formative individuate dalle direzioni	partecipazione di almeno 1 dirigente o, qualora indicato, di 1 personale del comparto, alle attività formative richieste dalle Direzioni (le attività formative verranno segnalate ad hoc)	evidenza della partecipazione	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Attività formative individuate dalle Direzioni:

1. Radioprotezione Metabolica, IORT e Pazienti iniettati PET
2. Riunione annuale del Comitato Scientifico Internazionale
3. Corso sul mentoring.
4. Riunione del 27. 11 sulla sicurezza
5. Corso Bundles per la prevenzione delle infezioni
6. Corso "Utilizzo dei gas medicali in sicurezza"
7. Corso "Utilizzo dell'azoto liquido in sicurezza. Impianti e apparecchiature criogeniche."

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

Non ci sono stati neoassunti

RISORSE PRODOTTI SANITARI

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
rispettare il budget assegnato per il materiale diagnostico acquistato con fondi istituzionali	importo assegnato a livello dipartimentale	€ 697.000	100,00%	10,0%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Il raggiungimento dell'obiettivo viene correlato all'incremento dell'utilizzo di fondi finalizzati in presenza di consumi su fondi istituzionali inferiori al dato 2011 (verbale n. 9 OIVP)

Il consumo di materiale diagnostico acquistato con fondi istituzionali è pari a € 744.794, con un grado di raggiungimento del 93,12%. L'obiettivo si ritiene comunque raggiunto in quanto rispetto al 2012 si è avuto un calo del 3,95% di consumi di fondi istituzionali (-€30.640) ed un incremento del 58,29% di consumi di fondi finalizzati (€ 123.840)

Totale raggiungimento obiettivi valutati	% raggiungimento ob. retrib. risult	% valutazione
	100,00%	100,00%

**MONITORAGGIO BUDGET 2012 - SOC ONCOLOGIA RADIOTERAPICA -
Valutato dall'OIVP con verbali n. 10 del 20/05/2013, n. 11 del 18/06/2013 e n. 12
del 17/07/2013**

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 dei direttori 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.

ASSISTENZA FARMACEUTICA

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.

Grado di Raggiungimento

Garantire sul Registro dei Farmaci sottoposti a Monitoraggio l'inserimento di tutte le informazioni previste. Schede di registrazione/diagnosi/fine trattamento devono essere compilate	garantire il 100% dell'inserimento nel RFOM delle informazioni previste: registrazione, diagnosi, richieste di farmaco, effetti indesiderati, rivalutazione dello stato di malattia, fine trattamento	rispetto dell'indicatore	100%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	x	<input type="checkbox"/>
---	---	--------------------------	------	--------------------------	--------------------------	---	--------------------------

la percentuale di inserimento dei dati nel Registro Farmaci Oncologici sottoposti a Monitoraggio è pari a 100% (nota prot. 18/F del 22.02.2013)

contenimento e governo delle prescrizioni dei farmaci ad alto costo	il 90% della spesa farmaceutica generata da un elenco di farmaci chemioterapici ad alto costo è appropriata secondo le indicazioni ufficiali	rispetto dell'indicatore	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	x	x
---	--	--------------------------	----------	--------------------------	--------------------------	---	---

i farmaci oggetto di monitoraggio sono: TRASTUZUMAB, RITUXIMAB, BEVACIZUMAB, PEMETREXED, CETUXIMAB, DOCETAXEL, DOXORUBICINA LIPOSOMIALE PEGILATA, BORTEZOMIB, PANITUMUMAB, DOXORUBICINA LIPOSOMI SEMPLICI, TRABECTIDINA, CITARABINA LIPOSOMIALE, BENDAMUSTINA, PACLITAXEL, EPIRUBICINA 200 SOLUZIONE PRONTA, IFOSFAMIDE 1 G + SOLV. 50 ML EV, TOPOTECAN, GEMCITABINA, PACLITAXEL IN ALBUMINA NANOPARTICELLARE, PLERIXAFOR, VINFLUNINA, CABAZITAXEL e ERIBULINA. Il monitoraggio a livello aziendale del direttore della SOC di farmacia evidenzia i seguenti risultati trimestrali:
1° trimestre: 95%
2° trimestre: 95%
3° trimestre: 96%
4° trimestre: 94%

L'azienda incentiva la prescrizione dei medicinali a brevetto scaduto e in particolare dovranno essere promosse iniziative in linea con gli obiettivi previsti dagli indicatori di programmazione e controllo individuati dall'AIFA ai sensi del DL 78/2010.	rapporto tra dosi di farmaci a brevetto scaduto e dosi di originator (se di costo superiore): il 90% delle dosi appartiene al gruppo delle molecole al costo non superiore a quello del farmaco a brevetto scaduto	rispetto dell'indicatore	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	x	x
--	--	--------------------------	----------	--------------------------	--------------------------	---	---

La valutazione effettuata dalla soc di Farmacia con i dati aggiornati al 10.12.2012 ha evidenziato una percentuale superiore al target sia in termini di dosi (98,11%) che in termini di valore (93,51%) (nota prot. 59/2012 F del 17.12.2012).

ATTIVITÀ

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.

Grado di Raggiungimento

attività di ricovero	valore DRG ricoveri DH	€ 2.600.000	obiettivo eliminato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	x	x
----------------------	------------------------	-------------	---------------------	--------------------------	--------------------------	---	---

Scala di valutazione che prevede un valore soglia del 60% e un criterio proporzionale per il restante 40%

L'obiettivo viene eliminato per trasferimento dell'attività IMRT dal regime di ricovero DH all'ambulatoriale. Il relativo peso viene attribuito all'obiettivo del valore attività ambulatoriale per esterni (verbale n. 9 OIVP)

€ 2.186.621

ATTIVITÀ

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
attività di ricovero	valore medio punti DRG ordinari	0,9	85,26%			x	x

0,77

Prestazioni specialistiche ambulatoriali per esterni	valore attività ambulatoriale per esterni	€ 5.250.000	100,00%	40,0%		x	x
--	---	-------------	---------	-------	--	---	---

L'obiettivo è valutato secondo un criterio proporzionale

Il peso viene incrementato della quota riferita all'obiettivo eliminato del valore DRG ricoveri DH (10%) (verbale n. 9 OIVP)

€ 8.826.111

attività di ricerca	valore impact factor normalizzato	valore: media biennio 2010-2011 (obiettivo 33,850)	100,00%	20,0%		x	x
---------------------	-----------------------------------	--	---------	-------	--	---	---

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

valore impact factor normalizzato: 39

produzione scientifica	punti attività scientifica	punteggio > 4	100,00%	5,0%		x	x
------------------------	----------------------------	---------------	---------	------	--	---	---

I punteggi realizzati vengono valutati come segue:

un punteggio >= 4 punti = 100%

un punteggio < 1 punti = 0

il restante = 80%

12,5 punti (valutate solo le collaborazioni tra strutture operative, la produzione di materiale divulgativo, i trials ed i finanziamenti ad esclusione delle oblazioni)

CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
revisione del sistema di continuità assistenziale extraospedaliero	1) definizione dei criteri per il monitoraggio e predisposizione griglia entro il 30/04; 2) monitoraggio da parte della direzione sanitaria dal 1° maggio	il 100% delle dimissioni protette rispetta la procedura (monitoraggio della direzione sanitaria)	in linea			x	x

viene riconosciuta una franchigia del 10% se motivata. Verbale n. 9 del 10/1/2013 OIVP "la franchigia viene applicata (ove prevista) solo se questa consente il raggiungimento al 100% dell'obiettivo..."

La direzione sanitaria ha individuato due criteri di valutazione:

1. almeno 20 segnalazioni per l'area delle degenze mediche compresa la radioterapia ai Distretti ai fini di garantire la continuità assistenziale.

2. assenza di segnalazioni, da parte dei Distretti, di dimissioni carenti di segnalazione di continuità assistenziale.

Il monitoraggio effettuato dalla direzione sanitaria ha evidenziato che sono state effettuate 41 segnalazioni ai distretti sanitari da parte delle strutture di oncologia medica e di radioterapia. Non sono pervenuti reclami relativamente ad assenze o ritardi nelle richieste di continuità assistenziali da parte dei distretti sanitari dell'area vasta pordenonese e da parte di altre realtà sanitarie.

GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.
Grado di Raggiungimento						

GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
partecipazione al progetto di revisione della gestione del consenso informato	nella cartella CRO è sempre documentata (≥ 95% dei casi) l'acquisizione del consenso informato da parte del medico curante. I tempi e le modalità di rilevazione sono quelli previsti nel programma regionale del rischio e del governo clinico	il consenso informato è acquisito per tutte le procedure eseguite in regime di ricovero o ambulatoriale per le quali è previsto	100%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<p>monitoraggio su un campione di 31 cartelle rt ricovero, metabolica e rt amb: il consenso è acquisito nel 100% dei casi. In alcuni casi la firma del medico non è leggibile (manca il timbro) e alcuni consensi sono compilati con la penna verde.</p>							
certificazione e accreditamento	certificazione ISO 9001-2008 : rispetto delle scadenze ed esito positivo delle visite di sorveglianza	mantenimento della certificazione ISO 9001-2008	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<p>La visita di mantenimento in data 22-23 novembre ha dato esito positivo (nessuna non conformità). La struttura ha ottenuto il mantenimento della certificazione.</p>							
partecipazione al programma di accreditamento internazionale	i professionisti garantiscono il contributo alle attività connesse al mantenimento dell'accreditamento (autovalutazione e avvio dei lavori di team relativi all'analisi della road map e alla definizione delle priorità di intervento)	autovalutazione avvio dei lavori dei team (analisi della road map e definizione delle priorità di intervento)	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<p>Eseguita autovalutazione. Tutti i team hanno preso visione della road map e si sono attivati per la definizione del piano di miglioramento relativo alle criticità emerse.</p>							
introduzione scheda unica di terapia	1.collaborazione alla predisposizione della scheda unica entro giugno 2012; 2. avvio dell'utilizzo da settembre 2012 e 3. utilizzo a regime dal 1 dicembre	riduzione del rischio nella somministrazione farmaci. Valutazione dell'obiettivo solo con riferimento al 3° indicatore "utilizzo a regime dal 1 dicembre"	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<p>La procedura per definire la scheda è stata predisposta e discussa il 10 agosto con il gruppo di referenti. Con nota prot.n.14616/S del 28/9/2012 è stata trasmessa la procedura per la corretta compilazione della scheda unica di terapia. Nelle giornate del 17 e 18 dicembre la direzione sanitaria ha effettuato il monitoraggio della corretta applicazione della procedura. Il monitoraggio effettuato dalla direzione sanitaria evidenzia l'applicazione della procedura</p>							

GESTIONE RISORSE UMANE E ORGANIZZAZIONE

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
gestire le ferie	numero gg di ferie da fruire entro il 31/12/2012: 592 Il monitoraggio sarà effettuato a livello complessivo di struttura operativa. Se l'obiettivo non è raggiunto si valuterà positivamente in presenza di un abbattimento delle ferie pregresse ≥ alla media delle strutture oggetto di valutazione (verbale n. 9 OIVP) 592 giorni	100% ferie anno corrente e abbattimento ferie pregresse: per il personale con residuo ferie al 1/1/12 > 8 gg: ridurre il residuo ferie al 1/1/12 di almeno il 20%; b) per il personale con residuo ferie al 1/1/12 ≤ 8 gg: residuo ferie al 1/1/13 ≤ 8 gg.	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p><i>nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso.</i></p>							
<p>590 giorni, ma con % abbattimento superiore alla media</p>							

GESTIONE RISORSE UMANE E ORGANIZZAZIONE

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.

Grado di Raggiungimento

applicazione del regolamento aziendale sull'orario di lavoro	monitoraggio della gestione risorse umane	applicazione del regolamento	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	x	<input type="checkbox"/>
--	---	------------------------------	----------	--------------------------	--------------------------	---	--------------------------

E' stata attivata la gestione decentrata delle presenze/assenze.

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

Gennaio - Dicembre inviati nei termini

valutazione dei dirigenti	le valutazioni dei dirigenti sono completate secondo le indicazioni diffuse dalle direzioni	completamento dei percorsi di valutazione dei dirigenti previsti nel 2012	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	x	<input type="checkbox"/>
---------------------------	---	---	----------	--------------------------	--------------------------	---	--------------------------

valutazione effettuata con riferimento all'anno 2011

partecipazione del personale della struttura a specifiche attività formative individuate dalle direzioni	partecipazione di almeno 1 dirigente o, qualora indicato, di 1 personale del comparto, alle attività formative richieste dalle Direzioni (le attività formative verranno segnalate ad hoc)	evidenza della partecipazione	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	x	x
--	--	-------------------------------	----------	--------------------------	--------------------------	---	---

Attività formative individuate dalle Direzioni:

1. Radioprotezione Metabolica, IORT e Pazienti iniettati PET
2. Riunione annuale del Comitato Scientifico Internazionale
3. Corso sul mentoring.
4. Riunione del 27. 11 sulla sicurezza
5. Corso Bundles per la prevenzione delle infezioni
6. Corso "Utilizzo dei gas medicali in sicurezza"
7. Corso "Utilizzo dell'azoto liquido in sicurezza. Impianti e apparecchiature criogeniche."

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

Non ci sono stati neoassunti

GOVERNO DEI TEMPI DI ATTESA

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.

Grado di Raggiungimento

GOVERNO DEI TEMPI DI ATTESA

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
Rispetto dei tempi di attesa	Entro il 1° semestre definire le classi di priorità (prestazioni) in relazione alle patologie trattate, in base alle quali attribuire un tempo max di attesa. Dal 2° semestre rispetto dei tempi individuati	definire le classi di priorità (prestazioni) in relazione alle patologie trattate, in base alle quali attribuire un tempo max di attesa supportato da evidenze di letteratura specifica	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Il sistema informativo disponibile non consente il monitoraggio sistematico del rispetto dei tempi di attesa. La valutazione sarà effettuata con indagine campionaria limitando l'analisi al IV trimestre 2012 (verbale n. 9 OIVP)

1. con note prot. 65/RT del 29.06.2012 e prot. 69/RT del 13.07.2012 è stato trasmesso il documento "Timing della radioterapia nel trattamento delle neoplasie" ove vengono definiti i tempi massimi di attesa per le singole patologie. 2. Il monitoraggio effettuato dalla struttura su un campione di 50 pazienti e 5 patologie (mammella, retto, polmone, ORL e prostata) ha evidenziato il rispetto dei tempi di attesa definiti con nota prot. 69.

Contenimento dei tempi di attesa	fatturato	incremento del fatturato 2012 rispetto al 2011 almeno pari alla quota assegnata al progetto (vedi accordo RAR)	in linea	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
----------------------------------	-----------	--	----------	--------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

L'obiettivo correlato alle RAR potrebbe essere modificato in seguito agli accordi sulle RAR sottoscritti con le OO.SS.

+ 65% pari a € 3.479.577 (€ 8.826.111 nel 2012 e € 5.346.535 nel 2011)

Contenimento dei tempi di attesa per il mantenimento della produttività IGRT e IMRT e per l'avvio del nuovo acceleratore lineare e per il contributo al riassorbimento dell'attività ecografica	mantenimento del fatturato ambulatoriale 2011 della struttura	rispetto dell'indicatore	in linea	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
---	---	--------------------------	----------	--------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

L'obiettivo correlato alle RAR potrebbe essere modificato in seguito agli accordi sulle RAR sottoscritti con le OO.SS.

fatturato ambulatoriale 2012 € 8.826.111 rispetto al 2011 di € 5.346.535

Rispetto dei tempi di attesa	entro il 31/03 presentazione di un progetto riorganizzativo finalizzato ad un aumento dell'offerta su 12 ore.	Riorganizzazione dell'attività finalizzata ad un aumento dell'offerta di trattamenti radianti.	in linea	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
------------------------------	---	--	----------	--------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

Con nota prot. 25/RT del 23.03 è stata inviata la proposta di aumento dell'offerta di trattamenti rt per l'anno 2012 con l'avvio del doppio turno. Con successiva nota prot. 50/rt del 07.05 è stata presentata un'ulteriore proposta di incremento di offerta di trattamenti rt.

INDICATORI DI QUALITÀ DELL'ASSISTENZA

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.
Grado di Raggiungimento						
Condivisione degli strumenti di valutazione del dolore a livello regionale. La registrazione in cartella deve comprendere le caratteristiche del dolore, i farmaci utilizzati, i dosaggi e il risultato antalgico.	- Presenza in cartella della valutazione del dolore almeno (>) nel 95% dei casi; - Rivalutazione almeno (>) nel 95% dei casi. I tempi e le modalità di rilevazione sono quelli previsti nel programma regionale del rischio e del governo clinico	garantire al paziente l'applicazione delle strategie di controllo del dolore	obiettivo eliminato	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

L'obiettivo viene eliminato perché questa attività viene svolta dal personale del comparto (verbale n. 9 OIVP)

INDICATORI DI QUALITÀ DELL'ASSISTENZA

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
valutazione attività di radioterapia intraoperatoria	1) Definizione dei criteri di appropriatezza per l'accesso alla radioterapia intraoperatoria suddivisi per patologia e sulla base di prove di efficacia entro il 31/05; 2) tutti i pazienti sono selezionati sulla base dei criteri prestabiliti dal 01/07	rispetto degli indicatori	non in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

il monitoraggio della direzione sanitaria ha evidenziato il non raggiungimento dei risultati attesi

SISTEMI INFORMATIVI

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
corretta trasmissione delle SDO	- 100% di SDO chiuse nei termini; - 100% dei campi obbligatori compilati	Chiudere la SDO entro il ventesimo giorno del mese successivo a quello della dimissione del paziente per i ricoveri ordinari e dell'ultimo accesso per i ricoveri in DH con tutti i campi obbligatori compilati	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

viene riconosciuta una franchigia del 5% se motivata. Verbale n. 9 del 10/1/2013 OIVP "la franchigia viene applicata (ove prevista) solo se questa consente il raggiungimento al 100% dell'obiettivo..."

**Chiuse nei termini: 97,59% (24 sdo non chiuse nei termini).
Campi obbligatori: 99,53% (14 sdo non hanno livello istruzione). Raggiungimento: 98,56% che diventa 100% con l'applicazione della franchigia.**

garantire la prenotazione centralizzata attraverso g3	il 100% delle prestazioni ambulatoriali individuate ed erogate sono prenotate a sistema	le prest amb (compresa LP) sono prenotate attraverso il sistema centralizzato. Per l'attività istituzionale erogata il codice del tariffario considerato è 89.7	100,00%	20,0%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
---	---	---	---------	-------	--------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

viene riconosciuta una franchigia del 10% se motivata sul numero di prestazioni ambulatoriali istituzionali. La valutazione è effettuata secondo un criterio proporzionale. In seguito alla seconda revisione di budget viene incrementata la % della retribuzione di risultato per l'eliminazione dell'obiettivo dell'utilizzo della firma digitale. Verbale n. 9 del 10/1/2013 OIVP "la franchigia viene applicata (ove prevista) solo se questa consente il raggiungimento al 100% dell'obiettivo..."

il 97,28% delle prestazioni è prenotato a sistema. Diventa il 100% con l'applicazione della franchigia

utilizzo del sistema g2 clinico	100%	numero di prime visite ambulatoriali refertate con il g2 clinico ai fini del ritorno dell'erogato	100,00%	15,0%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
---------------------------------	------	---	---------	-------	--------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

viene riconosciuta una franchigia del 10% se motivata. In seguito alla seconda revisione di budget viene incrementata la % della retribuzione di risultato per l'eliminazione dell'obiettivo dell'utilizzo della firma digitale. Verbale n. 9 del 10/1/2013 OIVP "la franchigia viene applicata (ove prevista) solo se questa consente il raggiungimento al 100% dell'obiettivo..."

il 98,86% delle visite ambulatoriali è refertato con il g2 clinico. Diventa il 100% con l'applicazione della franchigia

% raggiungimento ob. retrib. risult

% valutazione

Totale raggiungimento obiettivi valutati

100,00%

100,00%

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 dei direttori 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.

ATTIVAZIONE PROCEDURE AD ALTA COMPLESSITÀ

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
stesura protocolli per trattamenti ad alta complessità	stesura di 3 protocolli (prostata entro maggio, stereotassi lung entro luglio, retto entro settembre)	i protocolli sono definiti	100,00%	25,0%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

con note prot. 21/FS/2012 del 24.05.2012, 25/FS/2012 del 31.07.2012 e 34/FS/2012 del 25.09.2012 sono stati rispettivamente trasmessi il protocollo per l'irradiazione del carcinoma prostatico con tecnica RapidArc, il protocollo SBRT del polmone con tecnica RapidArc e il protocollo per l'irradiazione ca retto con tecnica RapidArc.

ATTIVITÀ

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
Prestazioni specialistiche ambulatoriali per esterni	valore attività ambulatoriale per esterni	€ 310.000	100,00%	50,0%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

L'obiettivo è valutato secondo un criterio proporzionale. Ai fini delle RAR l'obiettivo è valutato in termini di incremento di valore rispetto al 2011 (vedi accordo RAR).

L'obiettivo correlato alle RAR potrebbe essere modificato in seguito agli accordi sulle RAR sottoscritti con le OO.SS.

€ 370.854

attività di ricerca	valore impact factor normalizzato	valore: media biennio 2010-2011 (obiettivo 33,850)	100,00%	5,0%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
---------------------	-----------------------------------	--	---------	------	--------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

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

valore impact factor normalizzato: 39

produzione scientifica	punti attività scientifica	punteggio > 4	100,00%	5,0%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
------------------------	----------------------------	---------------	---------	------	--------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

I punteggi realizzati vengono valutati come segue:

un punteggio >= 4 punti = 100%

un punteggio < 1 punti = 0

il restante = 80%

4,5 punti

GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
certificazione e accreditamento	certificazione ISO 9001-2008 : rispetto delle scadenze ed esito positivo delle visite di sorveglianza	mantenimento della certificazione ISO 9001-2008	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

La struttura ha attivamente collaborato, per le proprie competenze, al mantenimento della certificazione della radioterapia.

GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
certificazione e accreditamento	richiesta della visita di certificazione ISO 9001-2008	preparazione alla visita di certificazione	rinviato al 2013	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<p><i>L'obiettivo viene rinviato al 2013 perché la richiesta della visita è subordinata alla nuova gara per l'individuazione dell'ente certificatore che si attiverà nel 2013 (verbale n. 9 OIVP)</i></p> <p>Sono stati svolti i lavori propedeutici alla richiesta di certificazione.</p>							
partecipazione al programma di accreditamento internazionale	i professionisti garantiscono il contributo alle attività connesse al mantenimento dell'accreditamento (autovalutazione e avvio dei lavori di team relativi all'analisi della road map e alla definizione delle priorità di intervento)	autovalutazione avvio dei lavori dei team (analisi della road map e definizione delle priorità di intervento)	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<p>Eseguita autovalutazione. Tutti i team hanno preso visione della road map e si sono attivati per la definizione del piano di miglioramento relativo alle criticità emerse.</p>							
programmazione ed esecuzione di attività formative in radioprotezione per il personale coinvolto nelle attività	programmazione ed esecuzione di 3 corsi di radioprotezione (IORT, metabolica e pet)	effettuazione corsi	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<p>La struttura in collaborazione con il CAF ha organizzato ed effettuato i seguenti corsi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - radioprotezione in metabolica: 20 giugno e 28 settembre - radioprotezione dei lavoratori in IORT: 5 e 29 novembre - radioprotezione dei lavoratori che assistono pazienti sottoposti a indagini di Medicina Nucleare: 9 novembre e 5 dicembre. 							
garantire la sicurezza degli operatori dall'esposizione alle radiazioni ionizzanti	definita la procedura	definire la procedura di identificazione per la classificazione del livello di esposizione entro il 30 settembre	100,00%	15,0%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<p><i>L'obiettivo viene considerato raggiunto anche se la procedura è stata trasmessa in ritardo (verbale n. 9 OIVP).</i></p> <p>In data 14.12 è stata trasmessa la procedura.</p>							

GESTIONE RISORSE UMANE E ORGANIZZAZIONE

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
gestire le ferie	numero gg di ferie da fruire entro il 31/12/2012: 265 Il monitoraggio sarà effettuato a livello complessivo di struttura operativa. Se l'obiettivo non è raggiunto si valuterà positivamente in presenza di un abbattimento delle ferie pregresse \geq alla media delle strutture oggetto di valutazione (verbale n. 9 OIVP) 265 giorni	100% ferie anno corrente e abbattimento ferie pregresse: per il personale con residuo ferie al 1/1/12 > 8 gg: ridurre il residuo ferie al 1/1/12 di almeno il 20%; b) per il personale con residuo ferie al 1/1/12 \leq 8 gg: residuo ferie al 1/1/13 \leq 8 gg.	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p><i>nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso.</i></p> <p>283 giorni</p>							

GESTIONE RISORSE UMANE E ORGANIZZAZIONE

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
applicazione del regolamento aziendale sull'orario di lavoro	monitoraggio della gestione risorse umane	applicazione del regolamento	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E' stata attivata la gestione decentrata delle presenze/assenze.							
piani di lavoro	i piani devono essere inviati alla direzione sanitaria entro la fine del mese precedente a quello cui la programmazione si riferisce	i piani di lavoro sono inviati regolarmente rispettando l'indicatore	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gennaio - Dicembre inviati nei termini							
valutazione dei dirigenti	le valutazioni dei dirigenti sono completate secondo le indicazioni diffuse dalle direzioni	completamento dei percorsi di valutazione dei dirigenti previsti nel 2012	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
valutazione effettuata con riferimento all'anno 2011							
partecipazione del personale della struttura a specifiche attività formative individuate dalle direzioni	partecipazione di almeno 1 dirigente o, qualora indicato, di 1 personale del comparto, alle attività formative richieste dalle Direzioni (le attività formative verranno segnalate ad hoc)	evidenza della partecipazione	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Attività formative individuate dalle Direzioni: 1. Radioprotezione Metabolica, IORT e Pazienti iniettati PET 2. Riunione annuale del Comitato Scientifico Internazionale 3. Corso sul mentoring. 4. Riunione del 27. 11 sulla sicurezza 5. Corso Bundles per la prevenzione delle infezioni 6. Corso "Utilizzo dei gas medicali in sicurezza" 7. Corso "Utilizzo dell'azoto liquido in sicurezza. Impianti e apparecchiature criogeniche."							
Procedura per la formazione e valorizzazione del neoassunto, compresi i contratti atipici	monitoraggio a campione da parte della dir. san. della scheda di valutazione a partire dal 1° maggio. Il campione deve riguardare almeno il 50% del personale inserito a partire dal 1° maggio con eventuali approssimazioni per eccesso (es.: 1 =1, 3= 2)	Applicazione della procedura definita nel 2011	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Il monitoraggio sul campione selezionato dalla direzione ha evidenziato l'applicazione della procedura							
			% raggiungimento ob. retrib. risult	% valutazione			
Totale raggiungimento obiettivi valutati			100,00%	100,00%			

MONITORAGGIO BUDGET 2012 - SOC MEDICINA NUCLEARE - Valutato dall'OIVP con verbali n. 10 del 20/05/2013, n. 11 del 18/06/2013 e n. 12 del 17/07/2013

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 dei direttori 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

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
Mantenimento dei volumi di offerta degli esami PET	mantenimento dell'offerta PET (ambulatoriale e per interni)	3.500 PET	100,00%	50,0%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

L'obiettivo è valutato secondo un criterio proporzionale

L'obiettivo correlato alle RAR potrebbe essere modificato in seguito agli accordi sulle RAR sottoscritti con le OO.SS.

Con nota prot. EB 24/2012 del 23.08.2012, il direttore della struttura di medicina nucleare ha programmato un'offerta pet anno 2012 di 3.530 prestazioni. Nel 2012, tenuto conto delle oggettive necessità diagnostiche, sono state complessivamente erogate 3.422 pet con una riduzione dello 0,44% rispetto all'erogato 2011.

attività di ricerca	valore impact factor normalizzato	valore: media biennio 2010-2011 (obiettivo 33,850)	100,00%	10,0%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
---------------------	-----------------------------------	--	---------	-------	--------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

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

valore impact factor normalizzato: 39

produzione scientifica	punti attività scientifica	punteggio > 4	100,00%	5,0%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
------------------------	----------------------------	---------------	---------	------	--------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

I punteggi realizzati vengono valutati come segue:

un punteggio > = 4 punti = 100%

un punteggio < 1 punti = 0

il restante = 80%

19,5 punti (valutate solo le collaborazioni tra strutture operative, la produzione di materiale divulgativo, i trials ed i finanziamenti ad esclusione delle oblazioni)

GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
partecipazione al progetto di revisione della gestione del consenso informato	nella cartella CRO è sempre documentata (≥ 95% dei casi) l'acquisizione del consenso informato da parte del medico curante. I tempi e le modalità di rilevazione sono quelli previsti nel programma regionale del rischio e del governo clinico	il consenso informato è acquisito per tutte le procedure eseguite in regime di ricovero o ambulatoriale per le quali è previsto	100%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

monitoraggio su un campione di 30 cartelle: il consenso è acquisito nel 100% dei casi.

certificazione e accreditamento	Individuazione dei processi entro 31.10.2012 nell'ambito del percorso di certificazione ISO 9001-2008	avvio del percorso di certificazione ISO 9001-2008	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
---------------------------------	---	--	----------	--------------------------	--------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

Il responsabile della SOC in data 31/10/2012 ha inviato lo schema di mappatura dei processi

GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
partecipazione al programma di accreditamento internazionale	i professionisti garantiscono il contributo alle attività connesse al mantenimento dell'accreditamento (autovalutazione e avvio dei lavori di team relativi all'analisi della road map e alla definizione delle priorità di intervento)	autovalutazione avvio dei lavori dei team (analisi della road map e definizione delle priorità di intervento)	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Eseguita autovalutazione. Tutti i team hanno preso visione della road map e si sono attivati per la definizione del piano di miglioramento relativo alle criticità emerse.

GESTIONE RISORSE UMANE E ORGANIZZAZIONE

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
gestire le ferie	numero gg di ferie da fruire entro il 31/12/2012: 125 Il monitoraggio sarà effettuato a livello complessivo di struttura operativa. Se l'obiettivo non è raggiunto si valuterà positivamente in presenza di un abbattimento delle ferie pregresse \geq alla media delle strutture oggetto di valutazione (verbale n. 9 OIVP) 125 giorni	100% ferie anno corrente e abbattimento ferie pregresse: per il personale con residuo ferie al 1/1/12 > 8 gg: ridurre il residuo ferie al 1/1/12 di almeno il 20%; b) per il personale con residuo ferie al 1/1/12 \leq 8 gg: residuo ferie al 1/1/13 \leq 8 gg.	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

129 giorni

applicazione del regolamento aziendale sull'orario di lavoro	monitoraggio della gestione risorse umane	applicazione del regolamento	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	---	------------------------------	----------	--------------------------	--------------------------	-------------------------------------	--------------------------

E' stata attivata la gestione decentrata delle presenze/assenze.

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

Gennaio - Dicembre inviati nei termini

valutazione dei dirigenti	le valutazioni dei dirigenti sono completate secondo le indicazioni diffuse dalle direzioni	completamento dei percorsi di valutazione dei dirigenti previsti nel 2012	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---------------------------	---	---	----------	--------------------------	--------------------------	-------------------------------------	--------------------------

valutazione effettuata con riferimento all'anno 2011

GESTIONE RISORSE UMANE E ORGANIZZAZIONE

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
partecipazione del personale della struttura a specifiche attività formative individuate dalle direzioni	partecipazione di almeno 1 dirigente o, qualora indicato, di 1 personale del comparto, alle attività formative richieste dalle Direzioni (le attività formative verranno segnalate ad hoc)	evidenza della partecipazione	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Attività formative individuate dalle Direzioni:

1. Radioprotezione Metabolica, IORT e Pazienti iniettati PET
2. Riunione annuale del Comitato Scientifico Internazionale
3. Corso sul mentoring.
4. Riunione del 27. 11 sulla sicurezza
5. Corso Bundles per la prevenzione delle infezioni
6. Corso "Utilizzo dei gas medicali in sicurezza"
7. Corso "Utilizzo dell'azoto liquido in sicurezza. Impianti e apparecchiature criogeniche."

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

Non ci sono stati neoassunti

GOVERNO DEI TEMPI DI ATTESA

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
ottimizzazione dei percorsi diagnostici per stadiazione oncologica	1) il 100% degli esami pet per prima stadiazione è eseguito entro 8 gg dalla richiesta; 2) il 95% delle prestazioni diagnostiche per pazienti ricoverati (ricoveri ordinari) è eseguito entro 72 ore lavorative x scintigrafie ed entro 24 ore x ecografie	1) eseguire tutti gli esami per prima stadiazione entro 8 gg dalla richiesta; 2) minimizzare i tempi di attesa per pazienti ricoverati (ricoveri ordinari)	100,00%	25,0%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

viene riconosciuta una franchigia del 5% se motivata. Verbale n. 9 del 10/1/2013 OIVP "la franchigia viene applicata (ove prevista) solo se questa consente il raggiungimento al 100% dell'obiettivo..."

Il 2° indicatore verrà valutato con indagine campionaria per mancanza di strumenti informativi in grado di garantire un controllo sistematico (verbale n. 9 OIVP).

Fonte dati: struttura di medicina nucleare

1. Il 96,91% degli esami pet per prima stadiazione è stato eseguito entro 8 gg dalla richiesta. Su 291 esami, escludendo i casi in cui lo specialista o il paziente hanno scelto una data diversa, 9 casi superano gli 8 giorni (9-13 giorni di cui 4-9 lavorativi). 2. Il 99,31% delle prestazioni eco (analisi a campione) e delle prestazioni di scintigrafia a paz. ricoverati è stato eseguito nei tempi previsti. Il monitoraggio dei tempi di attesa evidenzia che su 144 esami 1 scintigrafia supera le 72 ore. L'obiettivo si considera raggiunto al 100% con l'applicazione della franchigia

SISTEMI INFORMATIVI

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.
Grado di Raggiungimento						

SISTEMI INFORMATIVI

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
garantire la prenotazione centralizzata attraverso g3	il 100% delle prestazioni ambulatoriali individuate ed erogate sono prenotate a sistema	le prest amb (compresa LP) sono prenotate attraverso a sistema. Per l'attività istituzionale erogata i codici del tariffario considerati sono: 88.71.4, 88.74.1, 88.7411, 88.75.1, 88.76.1, 88.79.1, 92.01.3, 92.18.2, 92.18.5, 92.1861, 92.19.8 e 92.1982	100,00%	10,0%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
viene riconosciuta una franchigia del 10% se motivata sul numero di prestazioni ambulatoriali istituzionali. La valutazione è effettuata secondo un criterio proporzionale. Verbale n. 9 del 10/1/2013 OIVP "la franchigia viene applicata (ove prevista) solo se questa consente il raggiungimento al 100% dell'obiettivo..."							
il 96,05% delle prestazioni è prenotato a sistema. Diventa il 100% con l'applicazione della franchigia							
utilizzo del sistema g2 clinico	100%	numero di prestazioni ambulatoriali refertate con il g2 clinico ai fini del ritorno dell'erogato	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
viene riconosciuta una franchigia del 10% se motivata. Verbale n. 9 del 10/1/2013 OIVP "la franchigia viene applicata (ove prevista) solo se questa consente il raggiungimento al 100% dell'obiettivo..."							
il 99,93% delle prestazioni ambulatoriali è refertato con il g2 clinico. Diventa il 100% con l'applicazione della franchigia							
Messa a regime e monitoraggio del sistema PACS	rispetto del cronoprogramma di progetto definito	archiviazione ed elaborazione esami pet direttamente dal pacs dalla data di collaudo del sistema	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
dal 01.01.2012 tutte le immagini relative agli esami pet/ct sono archiviate sul server PACS (vedi nota prot. EB 30/2012 del 28.09.2012). Il collaudo conclusivo è stato effettuato il 18.06.							
			% raggiungimento ob. retrib. risult	% valutazione			
Totale raggiungimento obiettivi valutati			100,00%	100,00%			

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 dei direttori 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

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
Prestazioni specialistiche ambulatoriali per esterni	valore attività ambulatoriale per esterni	€ 2.250.000	100,00%	30,0%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
L'obiettivo è valutato secondo un criterio proporzionale							
€ 2.446.246							

attività di ricerca	valore impact factor normalizzato	valore: media biennio 2010-2011 (obiettivo 33,850)	100,00%	20,0%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
L'obiettivo è assegnato e valutato a livello dipartimentale secondo il criterio di proporzionalità.							
valore impact factor normalizzato: 39							

produzione scientifica	punti attività scientifica	punteggio > 4	100,00%	5,0%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
L'obiettivo è assegnato e valutato a livello dipartimentale secondo il criterio di proporzionalità.							
5,5 punti (valutate solo le collaborazioni tra strutture operative, la produzione di materiale divulgativo, i trials ed i finanziamenti ad esclusione delle oblazioni)							

GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
partecipazione al progetto di revisione della gestione del consenso informato	nella cartella CRO è sempre documentata (≥ 95% dei casi) l'acquisizione del consenso informato da parte del medico curante. I tempi e le modalità di rilevazione sono quelli previsti nel programma regionale del rischio e del governo clinico	il consenso informato è acquisito per tutte le procedure eseguite in regime di ricovero o ambulatoriale per le quali è previsto	100%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
monitoraggio su un campione di 20 cartelle: il consenso è acquisito nel 100%. In un caso la firma del medico non è leggibile e manca il timbro.							
certificazione e accreditamento	Individuazione dei processi entro 31.10.2012 nell'ambito del percorso di certificazione ISO 9001-2008	avvio del percorso di certificazione ISO 9001-2008	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Il responsabile della SOC in data 31/10/2012 ha inviato lo schema di mappatura dei processi							

GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
partecipazione al programma di accreditamento internazionale	i professionisti garantiscono il contributo alle attività connesse al mantenimento dell'accreditamento (autovalutazione e avvio dei lavori di team relativi all'analisi della road map e alla definizione delle priorità di intervento)	autovalutazione avvio dei lavori dei team (analisi della road map e definizione delle priorità di intervento)	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Eseguita autovalutazione. Tutti i team hanno preso visione della road map e si sono attivati per la definizione del piano di miglioramento relativo alle criticità emerse.

GESTIONE RISORSE UMANE E ORGANIZZAZIONE

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
gestire le ferie	numero gg di ferie da fruire entro il 31/12/2012: 238 Il monitoraggio sarà effettuato a livello complessivo di struttura operativa. Se l'obiettivo non è raggiunto si valuterà positivamente in presenza di un abbattimento delle ferie pregresse ≥ alla media delle strutture oggetto di valutazione (verbale n. 9 OIVP) 238 giorni	100% ferie anno corrente e abbattimento ferie pregresse: per il personale con residuo ferie al 1/1/12 > 8 gg: ridurre il residuo ferie al 1/1/12 di almeno il 20%; b) per il personale con residuo ferie al 1/1/12 ≤ 8 gg: residuo ferie al 1/1/13 ≤ 8 gg.	non in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

223 giorni.

applicazione del regolamento aziendale sull'orario di lavoro	monitoraggio della gestione risorse umane	applicazione del regolamento	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	---	------------------------------	----------	--------------------------	--------------------------	-------------------------------------	--------------------------

E' stata attivata la gestione decentrata delle presenze/assenze.

piani di lavoro	i piani devono essere inviati alla direzione sanitaria entro la fine del mese precedente a quello cui la programmazione si riferisce	i piani di lavoro sono inviati regolarmente rispettando l'indicatore	92%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----------------	--	--	-----	--------------------------	--------------------------	-------------------------------------	--------------------------

Gennaio - Aprile e Giugno - Dicembre inviati nei termini (Maggio ricevuto il 02/06/2012)

valutazione dei dirigenti	le valutazioni dei dirigenti sono completate secondo le indicazioni diffuse dalle direzioni	completamento dei percorsi di valutazione dei dirigenti previsti nel 2012	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---------------------------	---	---	----------	--------------------------	--------------------------	-------------------------------------	--------------------------

valutazione effettuata con riferimento all'anno 2011

GESTIONE RISORSE UMANE E ORGANIZZAZIONE

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
partecipazione del personale della struttura a specifiche attività formative individuate dalle direzioni	partecipazione di almeno 1 dirigente o, qualora indicato, di 1 personale del comparto, alle attività formative richieste dalle Direzioni (le attività formative verranno segnalate ad hoc)	evidenza della partecipazione	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<p>Attività formative individuate dalle Direzioni:</p> <p>1. Radioprotezione Metabolica, IORT e Pazienti iniettati PET</p> <p>2. Riunione annuale del Comitato Scientifico Internazionale</p> <p>3. Corso sul mentoring.</p> <p>4. Riunione del 27. 11 sulla sicurezza</p> <p>5. Corso Bundles per la prevenzione delle infezioni</p> <p>6. Corso "Utilizzo dei gas medicali in sicurezza"</p> <p>7. Corso "Utilizzo dell'azoto liquido in sicurezza. Impianti e apparecchiature criogeniche."</p> <p>Nessuna partecipazione. Con Verbale n. 10 del 20/05/2013 l'OIVP valuta la partecipazione del responsabile alla formazione obbligatoria e diffusione del SGS equivalente nella sostanza ad una delle attività indicate dalla direzione.</p>							
Procedura per la formazione e valorizzazione del neoassunto, compresi i contratti atipici	monitoraggio a campione da parte della dir. san. della scheda di valutazione a partire dal 1° maggio. Il campione deve riguardare almeno il 50% del personale inserito a partire dal 1° maggio con eventuali approssimazioni per eccesso (es.: 1 =1, 3= 2)	Applicazione della procedura definita nel 2011	non valutabile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<p>Non ci sono stati neoassunti</p>							

GOVERNO DEI TEMPI DI ATTESA

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
contenimento tempi di attesa riguardante il riassorbimento dell'attività ecografica al fine di consentire la maggior concentrazione della medicina nucleare sulla diagnostica PET	mantenimento del numero complessivo di prestazioni ecografiche erogate dalla struttura nel 2011	numero non inferiore a quelle eseguite nel 2011	in linea	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<p>L'obiettivo correlato alle RAR potrebbe essere modificato in seguito agli accordi sulle RAR sottoscritti con le OO.SS.</p> <p>2.074 (numero 2011: 2009)</p>							
ottimizzazione dei percorsi diagnostici per stadiazione oncologica	1) il 100% degli esami per prima stadiazione è eseguito entro 10 gg dalla richiesta; 2) il 95% delle prestazioni diagnost per paz. ricoverati (ricoveri ordinari) è eseguito entro 24 ore x rx dirette ed eco e 48 ore x tac e rm.	1) eseguire tutti gli esami per prima stadiazione entro 10 gg dalla richiesta; 2) minimizzare i tempi di attesa per pazienti ricoverati (ricoveri ordinari). Valutazione del 2° indicatore a partire dal mese di settembre	100,00%	25,0%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

viene riconosciuta una franchigia del 5% se motivata. Verbale n. 9 del 10/1/2013 OIVP "la franchigia viene applicata (ove prevista) solo se questa consente il raggiungimento al 100% dell'obiettivo..."

Fonte dati: struttura di radiologia

1. Il 100% degli esami prima stadiazione è eseguito entro 10 gg dalla richiesta. 2. il monitoraggio del periodo set-dic evidenzia il rispetto dell'indicatore

PROGRAMMI DI SCREENING

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
Screening mammografico	1) Tempo trascorso tra la data del primo approfondimento e la data in cui è disponibile e reso definitivo l'esito finale nel G2 clinico: <= 30 giorni in almeno il 90% dei casi inviati al 2° livello	rispetto dei tempi indicati dalla Regione	100,00%	10,0%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

il monitoraggio evidenzia che il 90% dei casi sono refertati entro 30 giorni (monitoraggio regionale)

mandare a regime il percorso one day diagnosis già sperimentato a fine 2011	dal 1° luglio è garantito il percorso one day diagnosis per gli approfondimenti da screening regionale	tutti i casi provenienti da screening regionale sono processati secondo il protocollo one day a partire dal 1° luglio. Le eventuali eccezioni devono essere adeguatamente motivate	rinvio al 2013	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
---	--	--	----------------	--------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

In sede di 2° revisione di budget si propone uno slittamento della data del primo luglio in attesa dell'avvio del meccanismo di coordinamento regionale.

L'obiettivo correlato alle RAR potrebbe essere modificato in seguito agli accordi sulle RAR sottoscritti con le OO.SS.

L'obiettivo viene rinviato al 2013 in quanto non sono pervenuti casi di screening da parte della Regione (verbale n. 9 OIVP)

Con nota prot.n. 17514/S del 14/11/2012 è stato formalizzato il percorso "One Day Diagnosis" da parte dell'unità di diagnostica senologica clinico-strumentale del CRO

SISTEMI INFORMATIVI

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
garantire la prenotazione centralizzata attraverso g3	il 100% delle prestazioni ambulatoriali individuate ed erogate sono prenotate a sistema	le prest amb (compresa LP) sono prenotate a sistema. Per l'attività istituzionale erogata i codici del tariffario considerati sono: 87.37.1, 87.44.1, 88.01.6, 88.91.2 e 88.93.	100,00%	10,0%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

viene riconosciuta una franchigia del 10% se motivata sul numero di prestazioni ambulatoriali istituzionali. La valutazione è effettuata secondo un criterio proporzionale. Verbale n. 9 del 10/1/2013 OIVP "la franchigia viene applicata (ove prevista) solo se questa consente il raggiungimento al 100% dell'obiettivo..."

il 96,99% delle prestazioni è prenotato a sistema. Diventa il 100% con l'applicazione della franchigia

utilizzo del sistema g2 clinico	100%	numero di prestazioni ambulatoriali refertate con il g2 clinico ai fini del ritorno dell'erogato	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
---------------------------------	------	--	----------	--------------------------	--------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

viene riconosciuta una franchigia del 10% se motivata. Verbale n. 9 del 10/1/2013 OIVP "la franchigia viene applicata (ove prevista) solo se questa consente il raggiungimento al 100% dell'obiettivo..."

il 99,93% delle prestazioni ambulatoriali è refertato con il g2 clinico. Diventa il 100% con l'applicazione della franchigia

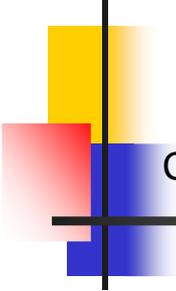
SISTEMI INFORMATIVI

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
Messa a regime e monitoraggio del sistema PACS	rispetto del cronoprogramma di progetto definito	numero di CD e DVD prodotti dal sistema di produzione digitale in costante incremento dalla data di collaudo fino alla messa a regime del sistema.	non valutabile			x	x

L'obiettivo non viene valutato perché non è ancora disponibile il sistema DSC per il monitoraggio della produzione di CD (verbale n. 9 OIVP)

In data 28.05.2012 è stato effettuato il collaudo. In data 25.07 è stata rilasciata da parte di Insiel la versione 2.1 del Modulo di Stampa Massiva e Stampa CD paziente. In data 01/08/2012 è iniziato il test su MR e CT. L'obiettivo non può essere valutato perché non è ancora disponibile il sistema DSC per il monitoraggio della produzione dei CD. Si segnala che a livello aziendale sono stati prodotti 7000 supporti CD/DVD.

	% raggiungimento ob. retrib. risult	% valutazione
Totale raggiungimento obiettivi valutati	100,00%	100,00%



Centro di Riferimento Oncologico -AVIANO

MONITORAGGIO ANNUALE SCHEDE DI BUDGET 2012

personale del comparto e della
dirigenza delle Tecnostrutture e del
Centro Attività Formative

**MONITORAGGIO BUDGET 2012 - DIREZIONE GENERALE - Valutato dall'OIVP
con verbale n. 10 del 20/05/2013**

Centro Attività Formative

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR prod. strategica	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
Redazione tracciati COGEAPS di tutti gli eventi Formazione Residenziale e Formazione sul Campo 2011 per Commissione Nazionale ECM	100% dei tracciati	entro il 30 aprile 2012 sono stati inviati al COGEAPS tutti i tracciati FR e FSC 2011	100,00%	20,00%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
E' stata rispettata la scadenza del 30 aprile per l'invio al COGEAPS del 100% dei tracciati FR e FSC 2011							
Mantenimento accreditamento regionale provvisorio del Provider ECM in attesa dell'accREDITAMENTO standard	90% degli standard e criteri minimi come da DGR 2087/2011	90% degli standard e criteri minimi previsti per mantenere l'accREDITAMENTO provvisorio sono soddisfatti	100,00%	30,00%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<i>L'obiettivo correlato alle RAR o alla produttività strategica potrebbe essere modificato in seguito agli accordi sottoscritti con le OO.SS.</i>							
In data 11 giugno c'è stata la visita della commissione ECM. Non sono state registrate non conformità e la Regione con delibera n. 1751 del 11.10.2012 ha disposto la proroga della fase di sperimentazione dell'autoaccreditamento degli eventi ECM dal 02.10.2012 al 19.04.2013.							
Supporto formativo al processo di Accreditazione di eccellenza AC Qmentum	Realizzazione di progetti FSC (10) e FR (2)	evidenza della realizzazione degli eventi formativi richiesti dal coordinatore dell'accREDITAMENTO	100,00%	15,00%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Sono stati realizzati 11 eventi FSC e 2 eventi FR come da richiesta del coordinatore dell'accREDITAMENTO.							
Formazione per Responsabili e Addetti degli SPPA delle Aziende Sanitarie Regionali	Realizzazione di 11 eventi formativi con sede a Udine / Palmanova	evidenza della realizzazione degli 11 eventi con relativa rendicontazione alla commissione ecm e alle aziende	100,00%	20,00%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Gli eventi sono stati realizzati e rendicontati							
Formazione alla sicurezza CRO Aviano	realizzazione del progetto per la formazione per dirigenti e preposti secondo gli adempimenti accordo Stato Regioni dicembre 2011	evidenza della realizzazione del 50% della formazione per dirigenti e preposti	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Sono stati realizzati tutti gli eventi programmati: 5 eventi ripetuti in 4 edizioni nel periodo ottobre 2012-gennaio 2013. Ha partecipato complessivamente l'88% del personale designato nel ruolo di dirigente e preposto.							

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR prod. strategica	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
Mantenimento dell'alto grado di soddisfazione del cliente	70% dei partecipanti ai corsi di FR e ai progetti FSC di addestramento sono soddisfatti della formazione ricevuta	presenza di risultati positivi all'indagine di soddisfazione	100,00%	15,00%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<p>I risultati relativi alla qualità percepita dell'attività ECM di formazione sul campo/addestramento 2012 da parte dei partecipanti evidenziano che il 66% dei partecipanti ha trovato molto rilevanti gli argomenti trattati rispetto alle proprie necessità di aggiornamento e il 29% rilevanti; il 43% ha reputato buona la qualità educativa dell'aggiornamento fornito ed il 54% eccellente; infine, il 52% ha trovato l'evento molto efficace per la propria formazione continua ed il 43% efficace.</p> <p>I risultati relativi alla qualità percepita dell'attività ECM 2012 da parte dei partecipanti mostrano che il 53% dei discenti ha trovato rilevanti gli argomenti trattati rispetto alle proprie necessità di aggiornamento e il 32% molto rilevanti; il 58% ha reputato buona la qualità educativa dell'aggiornamento fornito ed il 30% eccellente; infine, il 58% ha trovato l'evento efficace per la propria formazione continua ed il 24% molto efficace. Questi risultati sono pubblicati nell'area intranet dell'Istituto</p>							
Formazione degli operatori con il metodo della medicina narrativa	Preparazione di un progetto e realizzazione di almeno 2 eventi formativi	1. evidenza, presenza e approvazione progetto; 2. evidenza della realizzazione di almeno 2 progetti e relativa rendicontazione	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<p>Il progetto è stato approvato e sono stati realizzati 3 eventi (codici attività: 00433 e 00454, 00473, 00514) e tutti sono stati rendicontati, con alto grado di soddisfazione dei partecipanti.</p>							
Totale raggiungimento obiettivi valutati			100,00%	100,00%			

MONITORAGGIO BUDGET 2012 - DIREZIONE AMMINISTRATIVA - Valutato dall'OIVP con verbale n. 10 del 20/05/2013

Ufficio Cassa e Spedalità

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato	RAR prod. strategica	respons.	individ.
Grado di Raggiungimento						
Controllo e trasmissione documentazione relativa a pazienti ricoverati paganti in proprio/dozzinanti	trasmissione documentazione all'ufficio bilancio entro il mese successivo all'inserimento della SDO	rispetto delle scadenze per l'invio della documentazione all'ufficio bilancio per la fatturazione	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

La documentazione è sempre stata trasmessa rispettando i tempi previsti dall'indicatore.

Controllo e Trasmissione documentazione relativa a pazienti stranieri ricoverati	1. pazienti stranieri convenzionati: trasmissione documentazione all'ufficio Stranieri dell'Azienda 6 entro il mese successivo alla dimissione; 2. pazienti STP: trasmissione documentazione alla prefettura di Pordenone entro il mese successivo all'inserimento della SDO	rispetto delle scadenze per l'invio della documentazione agli uffici competenti	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
--	--	---	----------	--------------------------	--------------------------	-------------------------------------

La documentazione è stata trasmessa agli uffici competenti

miglioramento dei livelli di efficienza delle funzioni amministrative (patto DG): procedura centralizzata recupero crediti	avvio procedura centralizzata entro il 31/12	evidenza avvio procedura centralizzata entro il 31/12	100,00%	50,00%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
--	--	---	---------	--------	-------------------------------------	--------------------------	-------------------------------------

L'obiettivo correlato alle RAR o alla produttività strategica potrebbe essere modificato in seguito agli accordi sottoscritti con le OO.SS.

In data 28 dicembre 2012 con nota prot. n. 66084/DG/ASS6 è stata trasmessa alla DCSISSPS la documentazione con la quale AOSMA, ASS6 e CRO hanno provveduto alla attivazione delle procedura centralizzata del recupero crediti per tutte le aziende dell'area vasta (sviluppo progetto; convenzione per il recupero crediti delle aziende della AV pordenonese; deliberazione AOSMA n. 258 del 19.10.2012; convenzione con Equitalia Nord Spa per l'utilizzo dei servizi on-line; determina CRO n. 160 del 25.10.2012; dettaglio minuta di ruolo).

monitoraggio dei dati dell'attività ambulatoriale	controllo dei report inviati dall'ufficio controllo di gestione relativi alle prestazioni pet/ct, radioterapia, prestazioni prenotate ed in esecuzione	a partire dalle prestazioni erogate nel mese di febbraio ("in esecuzione" e "prenotate") e marzo (pet/ct e radioterapia) è garantito il controllo sistematico dei report inviati dall'ufficio controllo di gestione	100,00%	50,00%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
---	--	---	---------	--------	--------------------------	--------------------------	-------------------------------------

E' stato attivato un controllo sistematico mensile degli elenchi con gli errori siasa e dei report "in esecuzione" e "prenotati" inviati dall'ufficio controllo di gestione. L'ufficio ha analizzato i report e inviato gli stessi alle varie strutture operative interessate (prot n. 2559/S dd. 14.02.2012 per gennaio 2012, prot.n. 4082/S del 13.03.2012 per febbraio 2012, prot.n. 6080/S del 11.04.2012 per marzo, prot.n. 7747/S del 11.05.2012 per aprile, prot.n. 9628/S del 13.06.2012 per maggio, prot.n.11493/S del 19.07.2012 per giugno, prot.n.16262/S del 19.09.2012 per settembre 2012, prot.n.17820/S del 19.11.2012 per ottobre 2012, prot.n. 20202/S del 28.12.2012 per novembre, prot. 1307/S del 22.01.2013 per il mese di dicembre) e ha garantito una continua collaborazione con le segreterie dei reparti/servizi per la correzione degli errori. In alcuni mesi l'ufficio ha regolarizzato direttamente gli errori in siasa: in questi casi i report "in esecuzione" e "prenotati" sono stati consegnati direttamente agli operatori delle strutture interessate.

I report siasa relativi all'attività pet/ct e all'attività di radioterapia inviati dall'ufficio controllo di gestione sono stati controllati mensilmente a partire dal primo invio e sono state effettuate le opportune correzioni.

Totale raggiungimento obiettivi valutati

100,00%

100,00%

MONITORAGGIO BUDGET 2012 - SOC GESTIONE RISORSE UMANE - Valutato dall'OIVP con verbale n. 10 del 20/05/2013

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR prod. strategica	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
Attuazione Decentramento presenze/assenze	elaborazione Vademecum per P.O. e Coordinatori sul personale del Comparto;elaborazione Vademecum per ir.Dipartimento sul personale Dirigente;consegna password di accesso al sistema informatico alle P.O. ed ai Coordinatori designati;affiancamento degli addetti dell'ufficio presenze/assenze nella fase di avvio del nuovo sistema di gestione decentrata;verifica	rendere autonome le P.O. ed i Coordinatori nell'inserimento di una parte dei giustificativi e degli interventi rettificativi dell'orario di lavoro;consentire la conoscibilità in tempo reale del saldo orario e del saldo ferie del personale assegnato	100,00%	19,00%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

L'obiettivo correlato alle RAR o alla produttività strategica potrebbe essere modificato in seguito agli accordi sottoscritti con le OO.SS.

Il peso viene incrementato della quota riferita ai due obiettivi eliminati (verbale n. 9 OIVP)

elaborato Vademecum, consegnate password di accesso, garantita la formazione e l'affiancamento.

procedure controllo sul contenuto delle dichiarazioni sostitutive di certificazione presentate per la fruizioni di specifici benefici	Elaborazione procedura per la verifica della veridicità delle autocertificazioni e autodichiarazioni (titoli di studio, casellario giudiziale, iscrizione all'ordine) presentate alla SOC Gestione Umane per la fruizioni di permessi	entro il 31/12/2012 la procedura viene applicata	obiettivi o eliminati o	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
---	--	--	----------------------------------	--------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

l'obiettivo viene eliminato perché vi sono alcuni aspetti che richiedono un ulteriore approfondimento (ad esempio per quanto riguarda la verificabilità del domicilio o dei corsi di formazione tenuti da soggetti privati). Il relativo peso viene attribuito in proporzione agli altri obiettivi incentivanti (verbale n. 9 OIVP).

la procedura di controllo non è stata formalizzata perché vi sono alcuni aspetti che richiedono un ulteriore approfondimento (ad esempio per quanto riguarda la verificabilità del domicilio o dei corsi di formazione tenuti da soggetti privati). Attualmente continuano ad essere effettuati i controlli già in uso presso i competenti uffici, ossia: controlli periodici a campione per quanto riguarda il godimento di benefici (L.104, congedo straordinario per assistenza disabili, ecc.) ed i controlli sistematici per quanto riguarda i requisiti di accesso al lavoro (titoli di studio/titoli abilitativi della professione).

Controllo sul contenuto delle dichiarazioni sostitutive di certificazioni presentate ai fini dell'assunzione	Elaborazione procedura per la verifica della veridicità delle autocertificazioni e autodichiarazioni prodotte ai fini dell'assunzione in servizio	entro il 31/12/2012 la procedura viene applicata	obiettivi o eliminati o	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
--	---	--	----------------------------------	--------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

l'obiettivo viene eliminato perché vi sono alcuni aspetti che richiedono un ulteriore approfondimento (ad esempio per quanto riguarda la verificabilità del domicilio o dei corsi di formazione tenuti da soggetti privati). Il relativo peso viene attribuito in proporzione agli altri obiettivi incentivanti (verbale n. 9 OIVP).

la procedura di controllo non è stata formalizzata perché vi sono alcuni aspetti che richiedono un ulteriore approfondimento (ad esempio per quanto riguarda la verificabilità del domicilio o dei corsi di formazione tenuti da soggetti privati). Attualmente continuano ad essere effettuati i controlli già in uso presso i competenti uffici, ossia: controlli periodici a campione per quanto riguarda il godimento di benefici (L.104, congedo straordinario per assistenza disabili, ecc.) ed i controlli sistematici per quanto riguarda i requisiti di accesso al lavoro (titoli di studio/titoli abilitativi della professione). Per questi motivi il responsabile propone di eliminare l'obiettivo.

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR prod. strategica	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
miglioramento dei livelli di efficienza delle funzioni amministrative (patto DG): procedure concorsuali	evidenza delle procedure entro il 30 giugno e conseguente avvio delle attività	invio elenco procedure al DCSISsePS entro il 30 giugno ed evidenza al 31 dicembre dell'effettuazione delle attività individuate	100,00%	12,00%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<i>L'obiettivo correlato alle RAR o alla produttività strategica potrebbe essere modificato in seguito agli accordi sottoscritti con le OO.SS.</i>							
<i>Il peso viene incrementato della quota riferita ai due obiettivi eliminati (verbale n. 9 OIVP)</i>							
In data 4 giugno 2012 con nota prot. n. 17439/AOSMA sono stati trasmessi alla DCSISSPS le procedure concorsuali unificate per il reclutamento del personale, nell'ambito dell'Area Vasta pordenonese. In data 28 dicembre 2012 con nota prot. n.66084/DG/ASS6 è stata trasmessa alla DCSISSPS la documentazione con la quale AOSMA, ASS6 e CRO hanno attivato l'attività unificata per il reclutamento del personale (accordo di AV per bando di concorso n. 3 posti OSS con AOSMA azienda capofila, accordo AV per bando di concorso n. 3 posti infermiere professionale con CRO azienda capofila, delibera AOSMA n. 299/14.12.2012 e determina CRO n. 318/24.12.2012).							
Applicazione art 27 DL 98/2011:nuovo regime dei minini soggetti titolari di rapporti atipici	stesura di procedura per la corretta applicazione del profilo giuridico, contributivo e fiscale dei soggetti con rapporti atipici	evidenza della corretta applicazione della procedura	100,00%	19,00%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<i>L'obiettivo correlato alle RAR o alla produttività strategica potrebbe essere modificato in seguito agli accordi sottoscritti con le OO.SS.</i>							
<i>Il peso viene incrementato della quota riferita ai due obiettivi eliminati (verbale n. 9 OIVP)</i>							
è stata definita e applicata la procedura							
ufficio unico del trattamento previdenziale di area vasta: revisione e adozione di voci univoche ai fini pensionistici e ai fini TFS/TFR.	- entro il 31/12 predisposizione relazione sulla adozione e revisione delle voci	evidenza della relazione	100,00%	19,00%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<i>L'obiettivo correlato alle RAR o alla produttività strategica potrebbe essere modificato in seguito agli accordi sottoscritti con le OO.SS.</i>							
<i>Il peso viene incrementato della quota riferita ai due obiettivi eliminati (verbale n. 9 OIVP)</i>							
Con nota prot. 17439/DG AOPN del 04.06.2012 (prot. cro n. 9584/P del 12.06.2012) è stata trasmessa alla DCSISPS la relazione attestante lo stato di avanzamento del progetto. L'azione dell'ufficio unico di previdenza si è rivolta particolarmente all'implementazione ed omogeneizzazione delle procedure e della modulistica in uso, anche attraverso una maggior partecipazione sinergica ed interscambiabile del personale afferente l'ufficio. In data 04.12 è stata predisposta la relazione finale riguardante lo studio delle voci utilizzate dalle 3 aziende per il trattamento pensioni e di TFS/TFR.							
Riduzione tempi di liquidazione competenze missioni	i compensi delle missioni istituzionali vengono liquidati entro 2 mesi dal mese ultimo di effettuazione della missione.	il 100% delle missioni viene liquidato nei termini a partire dalle missioni effettuate nel mese di marzo. Vengono esclusi i casi di ritardo non imputabili alla struttura del personale	100,00%	12,50%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<i>Si introduce una franchigia del 10%. Verbale n. 9 del 10/1/2013 OIVP "la franchigia viene applicata (ove prevista) solo se questa consente il raggiungimento al 100% dell'obiettivo..."</i>							
<i>L'obiettivo correlato alle RAR o alla produttività strategica potrebbe essere modificato in seguito agli accordi sottoscritti con le OO.SS.</i>							
<i>Il peso viene incrementato della quota riferita ai due obiettivi eliminati (verbale n. 9 OIVP)</i>							
il monitoraggio evidenzia un raggiungimento del 99,30% che diventa 100% con l'applicazione della franchigia. Nel calcolo sono esclusi i casi di ritardo non imputabili alla struttura del personale.							

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR prod. strategica	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
partecipazione al programma di accreditamento internazionale	i professionisti garantiscono il contributo alle attività connesse al mantenimento dell'accreditamento (autovalutazione e avvio dei lavori di team relativi all'analisi della road map e alla definizione delle priorità di intervento)	autovalutazione e avvio dei lavori dei team (analisi della road map e definizione delle priorità di intervento)	in linea			x	
Eseguita autovalutazione. Tutti i team hanno preso visione della road map e si sono attivati per la definizione del piano di miglioramento relativo alle criticità emerse.							
Garantire la corretta acquisizione da parte dell'I.N.P.D.A.P. delle informazioni contenute nelle Denunce Mensili Analitiche per aggiornare la posizione assicurativa dei lavoratori iscritti, attraverso lo strumento E.C.A. dell'I.N.P.D.A.P.	Laddove l'E.C.A. rilevi divergenze tra il "dovuto" ed il "versato": individuare le certificazioni non acquisite correttamente o contenenti imperfezioni, comprenderne le cause e segnalarle a chi di competenza per evitare la ripetizione dell'errore, correggere le D.M.A. e reinviarle	L'Amministrazione deve eliminare tali divergenze entro 2 mesi dal primo invio dell'E.C.A. con le risultanze dei controlli da parte dell'I.N.P.D.A.P.	100,00%	6,00%		x	x
<i>Il peso viene incrementato della quota riferita ai due obiettivi eliminati (verbale n. 9 OIVP)</i>							
dalle mail di corrispondenza con l'INPDAP (prot. 6828/P del 27.04 di invio ECA 2009 dall'INPDAP, prot. 8370/P del 23.05 di convalida ECA 2009 da parte dell'INPDAP, 14998/P del 03.10 di invio ECA 2010 dall'INPDAP e 15447/P del 10.10 di rinvio da parte del CRO delle DMA 2010 corrette) si evince l'avvenuta eliminazione delle divergenze entro 2 mesi dall'invio dell'ECA 2009 e 2010 da parte dell'INPDAP. Per quanto l'ECA 2011 l'ufficio ha provveduto a correggere le anomalie prima della segnalazione delle stesse da parte dell'INPDAP. Inoltre, con prot. 8371/P del 23.05.2012 l'ufficio personale ha segnalato ad INSIEL dei controlli da adottare in sede di elaborazione DMA al fine di evitare l'insorgere di analoghe anomalie.							
Promuovere il trasferimento delle competenze relative all'Ufficio "Trattamento fiscale e contributivo" per garantire il rispetto delle scadenze anche in assenza del personale direttamente coinvolto	Compilare un mansionario completo e dettagliato delle attività svolte dall'ufficio "Trattamento fiscale e contributivo"	Il mansionario deve essere consegnato al Responsabile S.O. "Gestione risorse umane" entro il 14/12/2012	100,00%	12,50%		x	x
<i>Il peso viene incrementato della quota riferita ai due obiettivi eliminati (verbale n. 9 OIVP)</i>							
E' stata definita la procedura entro il termine stabilito							
Totale raggiungimento obiettivi valutati			100,00%	100,00%			

**MONITORAGGIO BUDGET 2012 - SOC PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO -
Valutato dall'OIVP con verbale n. 10 del 20/05/2013**

Ufficio Affari generali

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR prod. strategica	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
Applicazione delle nuove disposizioni in materia di certificati e dichiarazioni sostitutive (art. 15 L. 183/2001).	1. realizzazione delle attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati; 2. rendere note, attraverso la pubblicazione sul sito istituzionale, le misure adottate per l'efficiente, efficace e tempestiva acquisizione d'ufficio dei dati e per l'effettuazione dei controlli medesimi, nonché le modalità per la loro esecuzione	1. Adozione di un regolamento per le attività di gestione, verifica e trasmissione dati entro il 30/09; 2. Realizzazione del capitolo sul sito istituzionale entro il mese di novembre	100,00%	12,50%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

L'obiettivo correlato alle RAR o alla produttività strategica potrebbe essere modificato in seguito agli accordi sottoscritti con le OO.SS.

Il peso viene incrementato della quota riferita ai due obiettivi eliminati (verbale n. 9 OIVP)

1. Con delibera del direttore generale n. 138 del 28.09.2012 sono stati approvati gli indirizzi organizzativi per l'ufficio responsabile per l'attività di gestione e verifica, trasmissione dati e accesso diretto banche dati ai sensi dell'art. 15, comma 1 L. 183/2011. Le attività dell'ufficio relative alla realizzazione degli elaborati per la pubblicazione sul sito cro si sono concluse entro il 30 novembre, così come comunicato dal responsabile con mail del 14.12. Il capitolo sul sito è disponibile dal 14.12.

funzione di supplenza nella consegna/ritiro farmaci per necessità urgenti e non prevedibili	evadere le richieste urgenti della struttura di farmacia	nota del direttore della SOC di Farmacia sulla regolarità del servizio	in linea	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
---	--	--	----------	--------------------------	-------------------------------------	--------------------------	-------------------------------------

L'obiettivo correlato alle RAR o alla produttività strategica potrebbe essere modificato in seguito agli accordi sottoscritti con le OO.SS.

tutte le richieste sono state evase in modo tale da consentire il mantenimento dell'efficienza produttiva della SOC d Farmacia (nota prot.n. 58/2012 F)

Inserimento nel mondo del lavoro delle persone svantaggiate	Espletamento delle procedure richieste per l'attivazione dei Bandi per PLU e coordinamento avvio progetti inserimento	entro il 30 di aprile i progetti sono avviati	100,00%	12,50%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
---	---	---	---------	--------	--------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

Il peso viene incrementato della quota riferita ai due obiettivi eliminati (verbale n. 9 OIVP)

I 4 progetti approvati dalla Regione FVG sono stati avviati nel mese di aprile con la presa in carico dei lavoratori di pubblica utilità per il periodo di 8 mesi.

miglioramento dei livelli di efficienza delle funzioni amministrative (patto DG): procedura centralizzata recupero crediti	avvio procedura centralizzata entro il 31/12	evidenza avvio procedura centralizzata entro il 31/12	100,00%	31,25%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
--	--	---	---------	--------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

L'obiettivo correlato alle RAR o alla produttività strategica potrebbe essere modificato in seguito agli accordi sottoscritti con le OO.SS.

Il peso viene incrementato della quota riferita ai due obiettivi eliminati (verbale n. 9 OIVP)

In data 28 dicembre 2012 con nota prot. n. 66084/DG/ASS6 è stata trasmessa alla DCSISSPS la documentazione con la quale AOSMA, ASS6 e CRO hanno provveduto alla attivazione delle procedura centralizzata del recupero crediti per tutte le aziende dell'area vasta (sviluppo progetto; convenzione per il recupero crediti delle aziende della AV pordenonese; deliberazione AOSMA n. 258 del 19.10.2012; convenzione con Equitalia Nord Spa per l'utilizzo dei servizi on-line; determina CRO n. 160 del 25.10.2012; dettaglio minuta di ruolo).

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR prod. strategica	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
sperimentazioni cliniche: revisione modelli utilizzati per la quantificazione dei costi	predisposizione nuovo modello quantificazione costi e pubblicazione nel software DBR	evidenza dell'attuazione degli indicatori	100,00%	12,50%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<i>L'obiettivo correlato alle RAR o alla produttività strategica potrebbe essere modificato in seguito agli accordi sottoscritti con le OO.SS.</i>							
<i>Il peso viene incrementato della quota riferita ai due obiettivi eliminati (verbale n. 9 OIVP)</i>							
Il nuovo modello è stato predisposto e pubblicato nel software DBR in data 14.12.2012							
procedura di protocollo unificato	1. avvio della procedura di invio telematico delle notifiche in copia alle direzioni (sanitaria, amministrativa e scientifica) a partire dal mese di luglio; 2. messa a regime dell'invio telematico alle direzioni a partire dal mese di dicembre	evidenza dell'attuazione del secondo indicatore	100,00%	31,25%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<i>Il peso viene incrementato della quota riferita ai due obiettivi eliminati (verbale n. 9 OIVP)</i>							
in data 13.11 è stato attivato il sistema di trasmissione informatica della corrispondenza "in copia per competenza" agli uffici.							
revisione delle modalità di archiviazione	riorganizzazione delle voci di elenco dell'archivio istituzionale, aggiornamento e stralcio fascicoli obsoleti.	evidenza dell'indicatore	rinvio al 2013		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<i>La riorganizzazione delle voci è ancora in corso. L'obiettivo viene rinviato al 2013. Il relativo peso viene attribuito in proporzione agli altri obiettivi incentivanti (verbale n. 9 OIVP).</i>							
L'obiettivo è tuttora in fase di completamento; si è provveduto all'eliminazione di alcuni fascicoli cartacei e sono state dismesse le attività di archiviazione cartacea di circolari ministeriali e regionali, sostituite dalla archiviazione informatizzata; la riorganizzazione delle voci di archivio è ancora in corso.							
partecipazione al programma di accreditamento internazionale	i professionisti garantiscono il contributo alle attività connesse al mantenimento dell'accreditamento (autovalutazione e avvio dei lavori di team relativi all'analisi della road map e alla definizione delle priorità di intervento)	autovalutazione e avvio dei lavori dei team (analisi della road map e definizione delle priorità di intervento)	in linea		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eseguita autovalutazione. Tutti i team hanno preso visione della road map e si sono attivati per la definizione del piano di miglioramento relativo alle criticità emerse.							
ricognizione straordinaria beni mobili istituto: definizione regolamento consegnatari beni mobili	redazione regolamento consegnatari beni mobili	il regolamento viene deliberato entro i 3 mesi successivi all'adozione del nuovo atto aziendale	rinvio al 2013		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<i>L'atto aziendale è stato adottato in data 25.10.2013. L'obiettivo viene rinviato al 2013. Il relativo peso viene attribuito in proporzione agli altri obiettivi incentivanti (verbale n. 9 OIVP).</i>							
Totale raggiungimento obiettivi valutati			100,00%	100,00%			

MONITORAGGIO BUDGET 2012 - SOC PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO - Valutato dall'OIVP con verbale n. 10 del 20/05/2013

Ufficio Bilancio

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato	RAR prod. strategica	respons.	individ.
Grado di Raggiungimento						
miglioramento dei livelli di efficienza delle funzioni amministrative (patto DG): procedura centralizzata recupero crediti	avvio procedura centralizzata entro il 31/12	evidenza avvio procedura centralizzata entro il 31/12	100,00%	25,00%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

L'obiettivo correlato alle RAR o alla produttività strategica potrebbe essere modificato in seguito agli accordi sottoscritti con le OO.SS.

In data 28 dicembre 2012 con nota prot. n. 66084/DG/ASS6 è stata trasmessa alla DCSISSPS la documentazione con la quale AOSMA, ASS6 e CRO hanno provveduto alla attivazione delle procedura centralizzata del recupero crediti per tutte le aziende dell'area vasta (sviluppo progetto; convenzione per il recupero crediti delle aziende della AV pordenonese; deliberazione AOSMA n. 258 del 19.10.2012; convenzione con Equitalia Nord Spa per l'utilizzo dei servizi on-line; determina CRO n. 160 del 25.10.2012; dettaglio minuta di ruolo).

riduzione debito nei confronti del DSC	- verifica costante dei documenti contabili emessi dal DSC - riduzione debito del 10% rispetto al 30/11/2011	riduzione del debito del 10% rispetto al 30/11/2011	100,00%	25,00%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
--	--	---	---------	--------	-------------------------------------	-------------------------------------

Si introduce una franchigia del 10%. Si precisa che la riduzione del debito verrà valutata con riferimento alle fatture DSC pervenute entro il 30 novembre. Verbale n. 9 del 10/1/2013 OIVP "la franchigia viene applicata (ove prevista) solo se questa consente il raggiungimento al 100% dell'obiettivo..."

L'obiettivo correlato alle RAR o alla produttività strategica potrebbe essere modificato in seguito agli accordi sottoscritti con le OO.SS.

Il confronto tra il debito al 30.11.2011 (€ 6.129.312,76) e il debito relativo alle fatture pervenute entro il 30.11.2012 (€ 4.325.976,75) evidenzia una riduzione del debito pari al 29,42%.

fatturazione delle prestazioni a favore della base usaf e monitoraggio costante dei crediti nei confronti del gestore ISOS	fatture mensili; stampe di controllo incasso; lettere di chiarimenti	consolidamento procedura di fatturazione secondo le modalità fissate e costante monitoraggio delle scadenze di incasso	100,00%	25,00%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
--	--	--	---------	--------	--------------------------	-------------------------------------

Sono proseguiti i controlli continui sulla documentazione prodotta dalla base americana e sul percorso interno della documentazione. La fatturazione è proseguita regolarmente. Relativamente ai crediti è stato trasmesso periodicamente un estratto aggiornato dei crediti in essere, è stato verificato e contestato ogni eventuale addebito non corretto e restituito ogni assegno non di competenze dell'Ente. La documentazione è archiviata presso l'ufficio bilancio.

fatturazione distribuzione diretta farmaci 1° ciclo e PHT	- predisposizione report farmaci 1° ciclo e pht almeno con periodicità trimestrale; - verifica congiunta tra farmacia, controllo di gestione e ufficio bilancio dei report per la verifica dei dati rilevati; - consolidamento delle nuove modalità di fatturazione definite nel 2011; - fatturazione trimestrale	evidenza dell'attuazione degli indicatori	100,00%	25,00%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
---	---	---	---------	--------	--------------------------	-------------------------------------

I file di dettaglio farmaci 1° ciclo e pht sono stati elaborati e trasmessi periodicamente alla S.O. di farmacia (email 08.03 (mesi di gen-feb), email 27.04 (mese di marzo), email 28.08 (mese di aprile), email 27.06 (mesi di maggio), email 09.07 (mese di giugno), email 16.08 (mese di luglio), email 19.10 (mese di agosto), email 22.10 (mese di settembre), email 13.11 (mese di ottobre), email 10.12 (mese di novembre) e email 16.01 (mese di dicembre). Nel corso del 2012 sono stati inoltre ridefiniti i report farmaci 1° ciclo e pht secondo le esigenze operative della struttura di farmacia e dell'ufficio bilancio. Sono stati garantiti da parte della S.O. di farmacia i controlli sistematici tra i documenti cartacei e i dati risultanti a sistema. Sono state predisposte le tabelle riepilogative per il calcolo del totale farmaci e della quota di ristoro costi amministrativi da fatturare alle singole aziende convalidate dalla S.O. di Farmacia. Con nota prot.n.35/F del 19.7.2012 sono stati chiesti chiarimenti alla Direzione Regionale in merito al calcolo della quota ristoro costi per i nuovi farmaci PHT. Nel corso dell'anno sono state emesse le fatture relative ai primi 3 trimestri del 2012.

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato	RAR prod. strategica	respons.	individ.
Grado di Raggiungimento						
partecipazione al programma di accreditamento internazionale	i professionisti garantiscono il contributo alle attività connesse al mantenimento dell'accreditamento (autovalutazione e avvio dei lavori di team relativi all'analisi della road map e alla definizione delle priorità di intervento)	autovalutazione e avvio dei lavori dei team (analisi della road map e definizione delle priorità di intervento)	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eseguita autovalutazione. Tutti i team hanno preso visione della road map e si sono attivati per la definizione del piano di miglioramento relativo alle criticità emerse.						
Totale raggiungimento obiettivi valutati			100,00%	100,00%		

MONITORAGGIO BUDGET 2012 - SOC PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO - Valutato dall'OIVP con verbale n. 10 del 20/05/2013

Ufficio Controllo di gestione

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR prod. strategica	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
revisione della reportistica direzionale	- parametrizzazione dei database utilizzati per la rilevazione dei dati del personale in base ai nuovi centri di costo; - parametrizzazione dei database utilizzati per la rilevazione dei dati di ricovero/dimissione secondo le nuove strutture create in siasi; - predisposizione nuova reportistica	la nuova reportistica è disponibile nell'area intranet dell'Istituto a partire da quella riferita al primo trimestre.	100,00%	40,00%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<p>Nei primi mesi dell'anno si è provveduto a riparametrizzare sia il database utilizzato per la rilevazione dei dati del personale in base ai nuovi centri di costo, che il database utilizzato per la rilevazione dei dati di ricovero/dimissione secondo le nuove strutture create in siasi. Mensilmente è stata predisposta la reportistica (dati relativi all'attività di ricovero, ambulatoriale, libera professione, attività scientifica, consumi di prodotti sanitari e personale in servizio), pubblicata nell'area intranet dell'Istituto.</p>							
monitoraggio dei dati dell'attività ambulatoriale	invio mensile all'ufficio cassa dei report di controllo dei dati relativi alle prestazioni pet/ct, radioterapia, prestazioni prenotate ed in esecuzione	i report sono inviati periodicamente a partire dalle prestazioni erogate nel mese di febbraio per prestazioni prenotate ed in esecuzione e nel mese di marzo per le prestazioni pet/ct, radioterapia.	100,00%	30,00%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<p>I file di dettaglio delle prestazioni con stato "in esecuzione" e "prenotato" sono stati tempestivamente elaborati ed inviati all'ufficio cassa con mail del: 20/3 (dati al 29/2); 13/4 (dati al 31/3); 15/5 (dati al 30/4); 11/6 (dati al 31/5); 16/7 (dati al 30/6); 16/8 (dati al 31/7); 13/9 (dati al 31/8); 15/10 (dati al 30/9); 19/11 (dati al 31/10); 19/12 (dati al 30/11) e 21/1 (dati al 31/12). I risultati del controllo dei dati tra SIASA e G3 relativi alle prestazioni pet/ct e di radioterapia sono stati elaborati ed inviati con mail del: 24/4 (dati al 31/3); 4/6 (dati al 30/4); 20/6 (dati al 31/5); 24/7 (dati al 30/6); 28-29/8 (dati al 31/7); 17/9 (dati al 31/8); 19/10 (dati al 30/9); 19/11 (dati al 31/10); 20/12 (dati al 30/11) e 21/1 (dati al 31/12).</p>							
fatturazione distribuzione diretta farmaci 1° ciclo e PHT	- predisposizione report farmaci 1° ciclo e pht almeno con periodicità trimestrale; - verifica congiunta tra farmacia, controllo di gestione e ufficio bilancio dei report per la verifica dei dati rilevati; - consolidamento delle nuove modalità di fatturazione definite nel 2011; - fatturazione trimestrale	evidenza dell'attuazione degli indicatori	100,00%	30,00%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

L'obiettivo correlato alle RAR o alla produttività strategica potrebbe essere modificato in seguito agli accordi sottoscritti con le OO.SS.

I file di dettaglio farmaci 1° ciclo e pht sono stati elaborati e trasmessi periodicamente alla S.O. di farmacia (email 08.03 (mesi di gen-feb), email 27.04 (mese di marzo), email 28.08 (mese di aprile), email 27.06 (mesi di maggio), email 09.07 (mese di giugno), email 16.08 (mese di luglio), email 19.10 (mese di agosto), email 22.10 (mese di settembre), email 13.11 (mese di ottobre); email 10.12 (mese di novembre) e email 16.01 (mese di dicembre). Nel corso del 2012 sono stati inoltre riveduti i report farmaci 1° ciclo e pht secondo le esigenze operative della struttura di farmacia e dell'ufficio bilancio. Sono stati garantiti da parte della S.O. di farmacia i controlli sistematici tra i documenti cartacei e i dati risultanti a sistema. Sono state predisposte le tabelle riepilogative per il calcolo del totale farmaci e della quota di ristoro costi amministrativi da fatturare alle singole aziende convalidate dalla S.O. di Farmacia. Con nota prot.n.35/F del 19.7.2012 sono stati chiesti chiarimenti alla Direzione Regionale in merito al calcolo della quota ristoro costi per i nuovi farmaci PHT. Nel corso dell'anno sono state emesse le fatture relative ai primi 3 trimestri del 2012.

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato	RAR prod. strategica	respons.	individ.
Grado di Raggiungimento						
partecipazione al programma di accreditamento internazionale	i professionisti garantiscono il contributo alle attività connesse al mantenimento dell'accreditamento (autovalutazione e avvio dei lavori di team relativi all'analisi della road map e alla definizione delle priorità di intervento)	autovalutazione e avvio dei lavori dei team (analisi della road map e definizione delle priorità di intervento)	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Eseguita autovalutazione. Tutti i team hanno preso visione della road map e si sono attivati per la definizione del piano di miglioramento relativo alle criticità emerse.</p>						
Totale raggiungimento obiettivi valutati			100,00%	100,00%		

MONITORAGGIO BUDGET 2012 - SOC TECNOLOGIE ED INVESTIMENTI - Valutato dall'OIVP con verbale n. 10 del 20/05/2013

Centrale termica

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	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR prod. strategica	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
attività di prevenzione e manutenzione e controllo delle zone non presidiate esterne allo stabile per garantire la perfetta funzionalità (gas medicali, centrale area medicale e relativi allarmi)	Prosecuzione attività di prevenzione e manutenzione e controllo delle zone non presidiate esterne allo stabile per garantire la perfetta funzionalità (gas medicali, centrale area medicale e relativi allarmi)	prosecuzione delle attività come da relazione del responsabile	100,00%	100,00%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Le attività sono state erogate con continuità (vedi nota responsabile prot. 6996/T DEL 09.04.2013).

lavori di ristrutturazione centrale impianti per l'adeguamento normativo resi necessario a seguito di classificazione del CRO come edificio strategico, con relativo finanziamento dalla Protezione Civile	verifica della dispersione di polveri pericolose per la continuità del funzionamento degli impianti	verifica della dispersione di polveri pericolose per la continuità del funzionamento degli impianti	in linea	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
--	---	---	----------	--------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

L'obiettivo correlato alle RAR o alla produttività strategica potrebbe essere modificato in seguito agli accordi sottoscritti con le OO.SS.

A partire dal mese di ottobre sono state eseguite delle demolizioni particolarmente invasive che hanno richiesto particolari precauzioni e protezioni sulle attrezzature della centrale. La verifica sul funzionamento degli impianti è stata effettuata con controlli sistematici ogni 6 ore svolti dal personale del servizio. Non si sono rilevate interruzioni di servizio (vedi nota responsabile prot. 6996/T DEL 09.04.2013).

Totale raggiungimento obiettivi valutati

100,00%

100,00%

**MONITORAGGIO BUDGET 2012 - SOC TECNOLOGIE ED INVESTIMENTI -
Valutato dall'OIVP con verbale n. 10 del 20/05/2013**

Portineria e centralino

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	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR prod. strategica	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
Gestione area camper secondo quanto previsto dal regolamento approvato col deliberazione 45/2012 e definizione dei protocolli interni	predisposizione dei protocolli interni e avvio gestione utilizzo dell'area camper dal 01 giugno	l'area camper è gestita secondo i protocolli definiti dal 01 giugno	100,00%	100,00%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<p>La gestione dell'area camper è operativa dal 23/03/2012, in linea con il regolamento di utilizzo dell'area. E' stato, inoltre, definito un protocollo interno utilizzato per la gestione delle prenotazioni e le comunicazioni verso i richiedenti (vedi nota responsabile prot. 6996/T DEL 09.04.2013).</p>							
Totale raggiungimento obiettivi valutati			100,00%	100,00%			

MONITORAGGIO BUDGET 2012 - SOC TECNOLOGIE ED INVESTIMENTI - Valutato dall'OIVP con verbale n. 10 del 20/05/2013

Servizio cucina e mensa

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	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR prod. strategica	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
miglioramento della qualità della ristorazione ospedaliera	applicazione delle indicazioni del direttore sanitario formulate con nota prot. n. 349/D del 10/01/2012 sulla ristorazione all'interno dell'Istituto	applicazione di nuovi menù	100,00%	100,00%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

L'obiettivo correlato alle RAR o alla produttività strategica potrebbe essere modificato in seguito agli accordi sottoscritti con le OO.SS.

L'applicazione delle indicazioni relative ai menù è avvenuta con chiara evidenza nella diversa proposta alimentare a seguito dell'applicazione delle indicazioni stesse (vedi nota responsabile prot. 6996/T DEL 09.04.2013).

Totale raggiungimento obiettivi valutati

100,00%

100,00%

**MONITORAGGIO BUDGET 2012 - SOC TECNOLOGIE ED INVESTIMENTI -
Valutato dall'OIVP con verbale n. 10 del 20/05/2013**

Servizio tecnico

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	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR prod. strategica	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
Supporto impiantistico per spostamento dei servizi nell'ambito dell'appalto di riorganizzazione architettonica del blocco degenze, con attività da svolgere al II, III e IV piano	svolgere le attività di supporto tecnico in linea con le necessità evidenziate dal cronoprogramma dei lavori	il trasferimento dei servizi/reparti è effettuato garantendo la continuità assistenziale	100,00%	50,00%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<p><i>L'obiettivo correlato alle RAR o alla produttività strategica potrebbe essere modificato in seguito agli accordi sottoscritti con le OO.SS.</i></p> <p>Il supporto è stato puntuale e coerente con la necessità di trasferire le attività sanitarie nei vari piani, in funzione dell'accantieramento delle varie aree e dell'avanzamento dei lavori come da cronoprogramma. Il massimo impegno è stato svolto nel mese di ottobre a seguito del trasferimento della struttura di chirurgia dal IV piano al III piano con accantieramento dell'intero IV piano (vedi nota responsabile prot. 6996/T DEL 09.04.2013).</p>							
Supporto impiantistico alla redistribuzione delle attività di laboratorio nell'area Oncologia Sperimentale, FSC e BIT	funzionalità degli impianti telematico elettrico e idraulico a seguito della redistribuzione degli spazi	i laboratori sono attivi nelle nuove funzionalità	100,00%	50,00%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<p>L'attivazione delle varie aree, in risposta alle indicazioni delle Direzioni, è avvenuto in coerenza con le indicazioni trasmesse dalle stesse Direzioni (vedi nota responsabile prot. 6996/T DEL 09.04.2013).</p>							
Totale raggiungimento obiettivi valutati			100,00%	100,00%			

MONITORAGGIO BUDGET 2012 - SOC TECNOLOGIE ED INVESTIMENTI - Valutato dall'OIVP con verbale n. 10 del 20/05/2013

Ufficio economato e provveditorato

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	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR prod. strategica	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
razionalizzazione procedure riscontro liquidazione fatture DSC	- verifica costante dei documenti contabili emessi dal DSC - riduzione debito del 10% rispetto al 30/11/2011	riduzione del debito del 10% rispetto al 30/11/2011	100,00%	25,00%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Si introduce una franchigia del 10%. Si precisa che la riduzione del debito verrà valutata con riferimento alle fatture DSC pervenute entro il 30 novembre. Verbale n. 9 del 10/1/2013 OIVP "la franchigia viene applicata (ove prevista) solo se questa consente il raggiungimento al 100% dell'obiettivo..."

L'obiettivo correlato alle RAR o alla produttività strategica potrebbe essere modificato in seguito agli accordi sottoscritti con le OO.SS.

Il confronto tra il debito al 30.11.2011 (€ 6.129.312,76) e il debito relativo alle fatture pervenute entro il 30.11.2012 (€ 4.325.976,75) evidenzia una riduzione del debito pari al 29,42%.

applicazione della normativa relativa all'acquisizione del DURC nel processo dall'emissione dell'ordine alla liquidazione	Avvio della nuova procedura di gestione della richiesta/risposta/documentazione dei DURC, con utilizzo di software specifico	avvio del processo centralizzato di gestione dei DURC dal 31/12/ 2012	100,00%	20,00%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
--	--	--	----------------	---------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

L'obiettivo correlato alle RAR o alla produttività strategica potrebbe essere modificato in seguito agli accordi sottoscritti con le OO.SS.

Con delibera del direttore generale n. 175 del 21.11.2012 è stato approvato l'accordo di area vasta per l'istituzione e la gestione di un albo fornitori di beni e prestatori di servizi. Il software specifico è stato individuato ed è stato utilizzato caricando i DURC disponibili. E' stato pubblicato il bando per l'iscrizione dei possibili fornitori all'albo (vedi relazione del responsabile prot. 6996/T del 09.04.2013)

miglioramento dell'efficienza del sistema di acquisizione dei prodotti attraverso il magazzino DSC	1. stesura procedura di richiesta nuovi articoli; 2. proposte di miglioramento/implementazione dell'applicativo "magazzino di reparto"	evidenza dell'attuazione degli indicatori	100,00%	15,00%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
---	--	--	----------------	---------------	--------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

1. Sono state redatte due procedure: una procedura interna per l'inserimento di nuove anagrafiche di prodotti in transito o a scorta magazzino DSC e la procedura di reclamo/reso/sollecito. I contenuti sono stati illustrati ai referenti di servizi/reparti durante i corsi effettuati il 18 aprile 2012 e 8 maggio 2012 per l'utilizzo dell'applicativo "magazzino di reparto" utilizzato per inoltrare le richieste di prodotti al Magazzino DSC. 2. Per l'approvvigionamento dei beni acquisiti tramite DSC e stoccati presso un'area logistica centralizzata esterna all'Istituto, è stata rilasciata una piattaforma informatica distribuita in ambito SISR: con riferimento all'applicativo "Magazzino di Reparto", nelle fasi di test eseguite presso il CRO e nelle fasi di avviamento del sistema, sono state evidenziate varie necessità migliorative.

Alcune delle esigenze, evidenziate da parte dell'Istituto e di interesse generale, sono state validate da parte del DSC che ha commissionato le modifiche software necessarie nelle vari versioni di rilascio.

Con riferimento alle richieste del CRO:

- con versione del Gennaio 2012 (Ver. MR_2_0_12) sono state rilasciate alcune funzionalità aggiuntive, fra cui la possibilità di impostare vari criteri di filtro sull'elenco di materiali richiedibili, esigenza più volte espressa (filtri su materiale a scorta/transito o stato richiesta).

- con successivo aggiornamento del Maggio 2012 (MR_2_0_14) è stata rilasciata la funzione di reso da software di gestione della distribuzione dei farmaci al paziente (PSM), garantendo la coerenza delle scorte a "buffer DSC" locale e garantendo il ritorno dei dati su PSM.

Restano ancora da rilasciare le funzioni relative alla visione on-line delle schede tecniche dei prodotti a magazzino e alcuni miglioramenti sullo stato di avanzamento della richiesta (vedi nota responsabile prot. 6996/T DEL 09.04.2013).

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR prod. strategica	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
verifica soluzione del servizio di esternalizzazione dell'attività di ristorazione	entro il 31 luglio analisi e confronto tra servizio interno di ristorazione e gestione esternalizzata come da PAO 2012	evidenza documento entro il 31 luglio 2012	100,00%	40,00%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p><i>L'obiettivo correlato alle RAR o alla produttività strategica potrebbe essere modificato in seguito agli accordi sottoscritti con le OO.SS.</i></p> <p>Con nota prot. 11984/T del 31.07.2012 è stata trasmessa la relazione sulla verifica del servizio di esternalizzazione dell'attività di ristorazione. Con successiva nota prot. 15495/DG del 11.10.2012 è stata trasmessa la relazione di analisi del consulente sullo studio di fattibilità circa l'affidamento del servizio di ristorazione (vedi nota responsabile prot. 6996/T DEL 09.04.2013).</p>							
Totale raggiungimento obiettivi valutati			100,00%	100,00%			

MONITORAGGIO BUDGET 2012 - SOC TECNOLOGIE ED INVESTIMENTI - Valutato dall'OIVP con verbale n. 10 del 20/05/2013

Ufficio informatico

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	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR prod. strategica	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
revisione delle agende di prenotazione secondo le indicazioni della direzione sanitaria	revisione delle agende nel sistema informativo G3	revisione delle agende di almeno 3 strutture operative secondo le indicazioni della direzione sanitaria	100,00%	15,00%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

L'obiettivo correlato alle RAR o alla produttività strategica potrebbe essere modificato in seguito agli accordi sottoscritti con le OO.SS.

Sono state revisionate le agende della struttura di ginecologia oncologica, di gastroenterologia e di chirurgia oncologica generale (vedi nota responsabile prot. 6996/T DEL 09.04.2013).

Consolidamento dell'utilizzo del g2 clinico per la cardiologia	avvio della firma digitale entro il 30 aprile	il sistema è a regime entro il 30 giugno 2012	100,00%	10,00%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
--	---	---	---------	--------	--------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

(*) Obiettivo correlato alla retribuzione di risultato del responsabile delle strutture con peso pari a 30%

attivazione firma digitale nel mese di aprile (nota prot. 7126/T del 03/05/2012). A partire dal 30.04 tutti i referti firmati digitalmente sono consultabili sia dal sistema G2 che dal visore referti WEB.

attivazione sistema a chiamata patcaller	1. Attivazione nuovo sistema di chiamata paziente entro il 31/01 negli ambulatori IV dente; 2. Monitoraggio dell'utilizzo da parte degli ambulatori così come previsto nelle schede di budget delle strutture; 3. Valutazione estensione ad ulteriori aree	evidenza dell'attuazione degli indicatori	100,00%	30,00%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
--	--	---	---------	--------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

L'obiettivo correlato alle RAR o alla produttività strategica potrebbe essere modificato in seguito agli accordi sottoscritti con le OO.SS.

1. Il sistema è stato attivato nel mese di gennaio 2. i dati relativi al monitoraggio sono stati trasmessi mensilmente all'ufficio controllo di gestione: nel periodo feb-dic la percentuale di utilizzo del sistema è pari a 94,89%. 3. E' stata fatta una valutazione per l'estensione del sistema alla medicina nucleare e alla cardiologia (vedi nota responsabile prot. 6996/T DEL 09.04.2013).

attivazione di sistema wireless	Attivazione sistemi di accesso wireless ad Internet ad uso pazienti/visitatori controllati dal software centralizzato e in linea con la normativa	attivazione nuovo sistema entro il 30 giugno 2012	100,00%	20,00%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
---------------------------------	---	---	---------	--------	--------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

il sistema è stato attivato entro il termine previsto e sono state definite, in collaborazione con la biblioteca, il regolamento di utilizzo e le modalità di rilascio dei pass a scadenza temporale per l'utilizzo (vedi nota responsabile prot. 6996/T DEL 09.04.2013).

revisione delle modalità di registrazione dei dati di consumo di farmaci infusionali chemioterapici nel sistema ascot economato	Sviluppo del software per garantire la certificazione delle operazioni di correzione tramite firma digitale/elettronica (debole o forte). Revisione del software di gestione delle diluizioni su piattaforma sql server.	sviluppo e avvio del nuovo software entro il 31/12	100,00%	15,00%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
---	---	--	---------	--------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

L'obiettivo correlato alle RAR o alla produttività strategica potrebbe essere modificato in seguito agli accordi sottoscritti con le OO.SS.

La procedura è stata rilasciata ufficialmente, a seguito della fase di test, nel mese di dicembre 2012 ed è pertanto in funzione al 31/12/2012. La procedura di backup è stata revisionata su piattaforma SQL server (vedi nota responsabile prot. 6996/T DEL 09.04.2013).

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato	RAR prod. strategica	respons.	individ.

Grado di Raggiungimento

Attivazione del sistema PACS aziendale in coerenza con il cronoprogramma di progetto	1. Collaudo del sistema PACS, avviato ed in fase di sperimentazione, in linea con il cronoprogramma regionale; 2. Interfacciamento al sistema della nuova diagnostica CT-PET	rispetto cronoprogramma regionale	100,00%	10,00%	x	x	x
---	--	--	----------------	---------------	---	---	---

(*) Obiettivo correlato alla retribuzione di risultato del responsabile delle struttura con peso pari a 40%

L'obiettivo correlato alle RAR o alla produttività strategica potrebbe essere modificato in seguito agli accordi sottoscritti con le OO.SS.

1. Il termine di collaudo dell'intero sistema PACS è stato posticipato al 2013 con nota di Insiel prot. 6148 del 05.12.2012, concordata con il referente regionale del progetto PACS che opera nell'ambito del DSC e avallata dalla Direzione Regionale. La proroga è stata richiesta da Insiel per completare gli sviluppi richiesti dal DSC in merito alle componenti software specifiche per la cardiologia. Allo stato attuale è stato eseguito un collaudo parziale delle funzioni in uso alla Radiologia e alla Medicina Nucleare (che riguarda comunque circa il 95% della produzione di immagini, considerata globalmente nei tre servizi coinvolti dal progetto), oltre che della funzionalità di produzione di CD/DVD sostitutivi delle lastre. Le funzionalità oggetto di collaudo parziale sono in uso presso i citati servizi di Radiologia e Medicina Nucleare. 2. L'interfacciamento del sistema PACS alla diagnostica PET/CT, collaudata il 18/06/2012, è avvenuto entro i termini del collaudo della diagnostica (vedi nota responsabile prot. 6996/T DEL 09.04.2013).

Totale raggiungimento obiettivi valutati	100,00%	100,00%
--	----------------	----------------

MONITORAGGIO BUDGET 2012 - SOC TECNOLOGIE ED INVESTIMENTI - Valutato dall'OIVP con verbale n. 10 del 20/05/2013

Ufficio tecnico

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	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR prod. strategica	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
Investimenti	1. Conclusione lavori, come da progetto approvato, presso la centrale Impianti e attivazione uffici realizzati; 2. Aggiudicazione gara per la realizzazione di un Campus per Ricercatori	1) Trasferimento ufficio tecnico, ufficio investimenti e servizio informatico nei nuovi locali; 2. aggiudicazione gara nel corso dell'anno	100,00%	50,00%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

1. Nel 2012 è stato effettuato il trasferimento dell'Ufficio tecnico e del Servizio Informatico nei nuovi locali.
2. Con determinazione dell'ufficio tecnico n. 292 del 26.11.2012 è stata approvata l'aggiudicazione in via definitiva delle gare per la realizzazione del Campus (vedi nota responsabile prot. 6996/T DEL 09.04.2013).

Investimenti	1. Attivazione delle attività sanitarie presso il II piano del blocco degenze. 2. Avvio delle attività di ristrutturazione al III e IV piano del blocco degenze	il trasferimento dei servizi/reparti è effettuato garantendo la continuità assistenziale	100,00%	50,00%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
--------------	---	--	---------	--------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

(*) Obiettivo correlato alla retribuzione di risultato del responsabile delle struttura con peso pari a 30%

L'obiettivo correlato alle RAR o alla produttività strategica potrebbe essere modificato in seguito agli accordi sottoscritti con le OO.SS.

1. Il II piano del blocco degenze è pienamente operativo.
2. Le attività di ristrutturazione del III piano sono state concluse nel mese di ottobre. Il IV piano è completamente accantierato dalla prima settimana di novembre (vedi nota responsabile prot. 6996/T DEL 09.04.2013).

Totale raggiungimento obiettivi valutati

100,00%

100,00%

MONITORAGGIO BUDGET 2012 - DIREZIONE MEDICA - Valutato dall'OIVP con verbale n. 10 del 20/05/2013

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR prod. strategica	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
coordinamento delle iniziative relative alla certificazione ISO	rispetto degli indicatori previsti per le diverse strutture coinvolte	1. mantenimento certific. ISO x le SO già certificate; 2. completamento del programma x la fisica; 3. compl.to/avanz.to programma di certific outsourcing attività diagnost dei labor. di ricerca; 4.avvio del percorso x le SO di radiologia e med. nucleare	100,00%	20,00%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>1. La visita di certificazione del 22-23 novembre ha dato esito positivo. 2. sono stati svolti i lavori propedeutici alla richiesta di certificazione. La richiesta è subordinata alla nuova gara per l'individuazione dell'ente certificatore che si attiverà nel 2013. 3. con nota prot. 79/OS2 del 31.10.2012 il direttore della struttura di oncologia sperimentale 2 ha rappresentato i motivi per i quali ritiene di non procedere alla definizione delle procedure ed all'avvio dell'implementazione del percorso per la numerazione e definizione delle Cellule tumorali circolanti indicato con nota prot. n. 13/OS2 del 27.09.2011. Con mail del 28/9/2012 (prot.n. 15675) il responsabile della SOC di Farmacologia ha trasmesso il documento relativo all'avvio e implementazione del percorso di outsourcing propedeutico alla certificazione. La struttura di oncologia sperimentale 1 ha attivamente collaborato al mantenimento della certificazione del dipartimento di laboratorio. 4. I responsabili delle SOC di Radiologia e Medicina Nucleare in data 31/10/2012 hanno inviato lo schema di mappatura dei processi</p>							
coordinamento delle iniziative relative alla certificazione Jacie	rispetto delle scadenze previste dal programma	prosecuzione del programma jacie in vista dell'accreditamento	100,00%	20,00%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>si sono svolti gli audit interni, sono state approvate alcune delle procedure obbligatorie, continua la valutazione del personale relativamente al mantenimento delle competenze, è stato svolto l'audit su documentazione clinica secondo gli standard JACIE, è stata inviata la richiesta di visita di accreditamento e attivata la team box on line per la gestione e invio della documentazione necessaria. In data 25/10/2012 è stata fatta domanda di accreditamento.</p>							
coordinamento delle iniziative relative all'accREDITAMENTO internazionale	rispetto delle scadenze previste dal programma	prosecuzione del programma di accREDITAMENTO secondo Accreditation Canada	100,00%	10,00%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Eseguita autovalutazione. Tutti i team hanno preso visione della road map e si sono attivati per la definizione del piano di miglioramento relativo alle criticità emerse.</p>							
monitoraggio linee progettuali e obiettivi contenuti nel patto direttore generale e predisposizione monitoraggio obiettivi di gestione del rischio clinico finalizzato agli incontri di monitoraggio budget	evidenza dell'attivazione del monitoraggio (predisposizione di relazioni in concomitanza degli incontri di budget e di relazione di fine esercizio)	attivare un sistema di monitoraggio al fine di predisporre interventi correttivi tali da supportare il raggiungimento degli obiettivi contenuti nelle linee progettuali e nel patto del direttore generale	100,00%	30,00%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Il monitoraggio delle linee progettuali è stato effettuato in sede di Il rendiconto trimestrale e in sede di programmazione 2013. Il patto del DG è stato monitorato a novembre 2012. Gli obiettivi di budget sono stati monitorati in sede di revisione del budget.

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato	RAR prod. strategica	respons.	individ.
Grado di Raggiungimento						
gestire le ferie	numero gg di ferie da fruire entro il 31/12/2012 (dirigenza) - obiettivo 40 Se l'obiettivo non è raggiunto si valuterà positivamente in presenza di un abbattimento delle ferie pregresse ≥ alla media delle strutture oggetto di valutazione (verbale n. 9 OIVP)	100% ferie anno corrente e abbattimento del 20% ferie pregresse	in linea			x
<p style="text-align: center;">40 giorni</p> <p><i>nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso.</i></p> <p>38 giorni, ma con % abbattimento superiore alla media</p>						
gestire le ferie	numero gg di ferie da fruire entro il 31/12/2012 (comparto) - obiettivo 36 Se l'obiettivo non è raggiunto si valuterà positivamente in presenza di un abbattimento delle ferie pregresse ≥ alla media delle strutture oggetto di valutazione (verbale n. 9 OIVP)	100% ferie anno corrente e abbattimento del 20% ferie pregresse	in linea			x
<p style="text-align: center;">36 giorni</p> <p><i>nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso.</i></p> <p>36 giorni</p>						
introduzione scheda unica di terapia	adozione della scheda unica entro il 30 novembre	evidenza degli indicatori	100,00%	20,00%		x
<p><i>L'obiettivo correlato alle RAR potrebbe essere modificato in seguito agli accordi RAR sottoscritti con le OO.SS.</i></p> <p>La procedura per definire la scheda è stata predisposta e discussa il 10 agosto con il gruppo di referenti. Con nota prot.n.14616/S del 28/9/2012 è stata trasmessa la procedura per la corretta compilazione della scheda unica di terapia. Nelle giornate del 17 e 18 dicembre la direzione sanitaria ha effettuato il monitoraggio della corretta applicazione della procedura. Il monitoraggio effettuato dalla direzione sanitaria evidenzia l'applicazione della procedura</p>						
Totale raggiungimento obiettivi valutati			100,00%	100,00%		

**MONITORAGGIO BUDGET 2012 - DIREZIONE SANITARIA - Valutato dall'OIVP
con verbale n. 10 del 20/05/2013**

Archivio sanitario

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR prod. strategica	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
Garantire il termine di 10 giorni dalla richiesta per la consegna della cartella clinica	Monitoraggio da parte della Direzione Sanitaria del rispetto dei tempi fissati	90% delle cartelle cliniche vengono consegnate entro 10 giorni dalla richiesta	100,00%	50,00%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<p>La direzione sanitaria ha effettuato 3 rilevazioni nei mesi campione di gennaio (richieste evase 50 di cui 3 oltre i 10 gg), maggio (richieste evase 78 di cui 3 oltre i 10 gg) e settembre (richieste evase 70 di cui 1 oltre i 10 gg). Il monitoraggio complessivo ha evidenziato che su 198 richieste (50 a gennaio, 78 a maggio e 70 a settembre), 7 sono state evase oltre i termini dei 10 gg(3 a gennaio, 3 a maggio e 1 a settembre), con una percentuale del 96,4% (vedi relazione responsabile prot. 510/PS del 10.01.2013).</p>							
ridefinire le modalità organizzative dell'archivio sanitario secondo le indicazioni contenute nelle note prot. 12550/S e 12639/DG	collaborare con la Ditta Italarchivi al fine di garantire il trasferimento a Udine delle cartelle cliniche dell'anno 2001 dei viventi e le cartelle cliniche delle persone decedute (registrare le cartelle in uscita, imballare e spedire le cartelle)	garantire l'attuazione delle nuove modalità organizzative	100,00%	50,00%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<p>Il personale dell'Archivio Sanitario ha collaborato con la Ditta Italarchivi al fine di garantire il trasferimento a Udine di 2289 cartelle cliniche dell'anno 2001 e 2073 dell'anno 2002 riferite a soggetti viventi; inoltre sono state trasferite tutte le cartelle cliniche delle persone decedute. Il personale ha regolarmente registrato tutte le cartelle in uscita ed ha collaborato ad imballare negli appositi contenitori le cartelle da spedire. Inoltre è stata definita una procedura operativa tra l'Archivio Sanitario e il personale della Ditta Italarchivi al fine di ricevere tutte le cartelle cliniche richieste il giorno precedente a quello di erogazione della prestazione, sia di ricovero ordinario/day hospital o accesso ambulatoriale per visite e/o prestazioni diagnostico-terapeutiche (relazione responsabile prot. n. 510/PS del 10.01.2013)</p>							
Totale raggiungimento obiettivi valutati			100,00%	100,00%			

MONITORAGGIO BUDGET 2012 - DIREZIONE SANITARIA - Valutato dall'OIVP con verbale n. 10 del 20/05/2013

Segreteria Direzione Sanitaria - Cimolai

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR prod. strategica	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
monitoraggio obiettivo piani di lavoro	trasmissione all'ufficio controllo di gestione di report periodici sul corretto invio dei piani di lavoro entro le scadenze previste	assicurare il monitoraggio dell'obiettivo di budget	100,00%	20,00%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<p><i>L'obiettivo correlato alle RAR o alla produttività strategica potrebbe essere modificato in seguito agli accordi sottoscritti con le OO.SS.</i></p> <p>E' stato effettuato il monitoraggio mensile dell'obiettivo contenuto nelle schede di budget delle strutture operative. I dati sono stati trasmessi via mail all'ufficio controllo di gestione.</p>							
garantire la tempestività della trasmissione delle SDO	1. trasmissione periodica alle SOC del dettaglio delle SDO che risultano aperte oltre i termini previsti nelle schede di budget; 2. predisposizione di un report di sintesi all'ufficio controllo di gestione sul monitoraggio dell'obiettivo contenuto nelle schede di budget delle SOC di degenza	assicurare il monitoraggio dell'obiettivo di budget	100,00%	20,00%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<p>1. nel corso del 2012 sono stati consegnati alle segreterie delle varie strutture operative i tabulati ADT delle SDO aperte oltre i termini. 2. E' stato effettuato il monitoraggio mensile dell'obiettivo contenuto nelle schede di budget delle varie strutture operative. I dati sono stati trasmessi via mail all'ufficio controllo di gestione.</p>							
monitoraggio del rispetto del regolamento aziendale nello svolgimento dell'attività LP e supporto alle azioni correttive	1. predisposizione report periodici (almeno 2); 2. evidenza delle comunicazioni effettuate ai professionisti interessati	assicurare il corretto svolgimento dell'attività LP	100,00%	30,00%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<p><i>L'obiettivo correlato alle RAR o alla produttività strategica potrebbe essere modificato in seguito agli accordi sottoscritti con le OO.SS.</i></p> <p>Sono stati predisposti i report di monitoraggio relativi al periodo gennaio-febbraio, marzo-aprile, maggio-giugno e luglio-agosto. Con note protocollate sono stati trasmessi a tutti i professionisti che svolgono attività lp intramoenia i risultati delle verifiche sul corretto svolgimento dell'attività L.P..</p>							
governo dei tempi di attesa	1. individuazione del nucleo operativo e definizione delle modalità di svolgimento dei monitoraggi entro il 30 giugno; 2. revisione delle agende di prenotazione di almeno 3 strutture operative	1.trasferimento del monitoraggio sui tempi di attesa dall'urp ad apposito nucleo operativo costituito con personale individuato all'interno della struttura; 2. revisione delle agende secondo indicazioni regionali	100,00%	30,00%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<p><i>L'obiettivo correlato alle RAR o alla produttività strategica potrebbe essere modificato in seguito agli accordi sottoscritti con le OO.SS.</i></p> <p>1. In data 19.04 il gruppo si è riunito in plenaria per la prima volta per programmare le attività di revisione delle agende del dipartimento chirurgico (vedi verbale n. 1 del 19.04.2012). Il monitoraggio dei tempi di attesa è stato svolto secondo la tempistica regionale. 2. Sono state revisionate le agende della chirurgia ginecologia, della gastroenterologia e della chirurgia generale.</p>							
Totale raggiungimento obiettivi valutati			100,00%	100,00%			

**MONITORAGGIO BUDGET 2012 - DIREZIONE SANITARIA - Valutato dall'OIVP
con verbale n. 10 del 20/05/2013**

Segreteria Direzione Sanitaria - Panont e De Biasio

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato	RAR prod. strategica	respons.	individ.
Grado di Raggiungimento						
integrazione servizio protocollo unificato	numero di transazioni eseguite dal singolo operatore (non inferiore a 200)	partecipazione attiva all'attività di protocollazione unificata della corrispondenza	100,00%	100,00%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>monitoraggio al 31.12: De Biasio: 804 protocolli; Panont: 336 protocolli</p>						
Totale raggiungimento obiettivi valutati			100,00%	100,00%		

**MONITORAGGIO BUDGET 2012 - DIREZIONE SANITARIA - Valutato dall'OIVP
con verbale n. 10 del 20/05/2013**

Segreteria Direzione Sanitaria - Ros

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR prod. strategica	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
governo dei tempi di attesa	1. individuazione del nucleo operativo e definizione delle modalità di svolgimento dei monitoraggi entro il 30 giugno; 2. revisione delle agende di prenotazione di almeno 3 strutture operative	1.trasferimento del monitoraggio sui tempi di attesa dall'urp ad apposito nucleo operativo costituito con personale individuato all'interno della struttura; 2. revisione delle agende secondo indicazioni regionali	100,00%	50,00%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox" value="x"/>
<p>1. In data 19.04 il gruppo si è riunito in plenaria per la prima volta per programmare le attività di revisione delle agende del dipartimento chirurgico (vedi verbale n. 1 del 19.04.2012). Il monitoraggio dei tempi di attesa è stato svolto secondo la tempistica regionale. 2. Sono state revisionate le agende della chirurgia ginecologia, della gastroenterologia e della chirurgia generale.</p>							
integrazione servizio protocollo unificato	numero di transazioni eseguite dal singolo operatore (non inferiore a 200)	partecipazione attiva all'attività di protocollazione unificata della corrispondenza	100,00%	50,00%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox" value="x"/>
<p>monitoraggio al 31.12: Ros: 1.154 protocolli</p>							
Totale raggiungimento obiettivi valutati			100,00%	100,00%			

**MONITORAGGIO BUDGET 2012 - DIREZIONE SANITARIA - Valutato dall'OIVP
con verbale n. 10 del 20/05/2013**

Servizio ambulanze e servizi esequiali

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR prod. strategica	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
garantire l'apertura, la continuità di tutti i servizi afferenti alla direzione sanitaria attraverso una collaborazione di tutto il personale assegnato ai singoli servizi	1. relazione della direzione delle professioni nella quale si specificano i contenuti delle collaborazioni messe in atto per fronteggiare le esigenze dei servizi; 2. assenza di reclami da parte degli utenti interni ed esterni	continuità dei servizi: ufficio copie cartelle cliniche, servizio ambulanze e servizi esequiali (gestione salme, relazioni con i parenti e rapporti con le ditte funebri)	100,00%	100,00%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox" value="x"/>

Tutto il personale afferente ai diversi servizi gestiti dalla Direzione Sanitaria ha collaborato, integrandosi reciprocamente nei limiti delle specifiche competenze, al fine di garantire la continuità dei vari servizi offerti. Il personale del servizio ambulanze /trasporto esterno materiale sanitario e locali esequiali ha collaborato con l'archivio sanitario. L'infermiera afferente all'ufficio copia cartelle cliniche ha prestato la propria opera assistenziale per i trasporti secondari in ambulanza ogni qualvolta la stessa sia stata richiesta. 2. Non vi sono state segnalazioni di reclamo da parte degli utenti interni ed esterni, né evidenze di discontinuità nei servizi offerti (vedi relazione del responsabile prot. 510/PS del 10.01.2013)

Totale raggiungimento obiettivi valutati

100,00%

100,00%

**MONITORAGGIO BUDGET 2012 - DIREZIONE SANITARIA - Valutato dall'OIVP
con verbale n. 10 del 20/05/2013**

Servizio dietistico

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR prod. strategica	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
consolidamento del servizio dietistico	1. proposta di nuovi menu entro il mese di febbraio; 2. evidenza di incontri con i coordinatori al fine di promuovere modalità corrette di alimentazione degli ospiti (almeno due incontri all'anno con ciascuno dei coordinatori delle unità di degenza)	miglioramento della qualità complessiva della ristorazione al CRO tenuto conto delle esigenze degli ospiti	100,00%	40,00%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> x
<p>1. Con nota prot. 349/S del 10.02.2012 è stato trasmesso il documento nel quale sono descritte le nuove indicazioni operative per la qualità di ristorazione. 2. Sono stati effettuati periodici incontri (cadenza settimanale) con ogni coordinatore delle varie unità di degenza. Gli incontri con il personale di reparto hanno dato l'opportunità di approfondire alcuni aspetti del fabbisogno nutrizionale del paziente ricoverato e di avere un confronto/riflessione sulle modalità operative di somministrazione e distribuzione del cibo ai fini di una migliore qualità del servizio di ristorazione in generale (vedi nota del responsabile prot. 510/PS del 10.01.2013)</p>							
supporto alla revisione del manuale HACCP	il manuale è stato revisionato entro il 30 novembre	revisione del manuale	100,00%	60,00%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> x
<p>Con nota prot. 18633/S del 30.11.2012 è stata trasmessa al direttore sanitario la proposta di aggiornamento del manuale di autocontrollo aziendale. Con deliberazione del direttore generale n.179 del 05.12.2012 è stato approvato l'aggiornamento del manuale H.A.C.C.P (vedi nota responsabile prot. 510/PS del 10.01.2013)</p>							
Totale raggiungimento obiettivi valutati			100,00%	100,00%			

**MONITORAGGIO BUDGET 2012 - DIREZIONE SANITARIA - Valutato dall'OIVP
con verbale n. 10 del 20/05/2013**

Servizio prevenzione e protezione

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR prod. strategica	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
rendere operativo il sistema gestione sicurezza	1. evidenza degli interventi effettuati per la diffusione dei contenuti e per la formazione sugli stessi; 2. evidenza dei monitoraggi effettuati per verificare il rispetto delle indicazioni contenute nel sistema di gestione della sicurezza	il sistema di gestione sicurezza è pienamente conosciuto e attivo a livello aziendale	100,00%	50,00%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

L'obiettivo correlato alle RAR o alla produttività strategica potrebbe essere modificato in seguito agli accordi sottoscritti con le OO.SS.

1. Nel periodo ottobre-dicembre sono stati programmati i corsi sulla formazione obbligatoria e diffusione del SGS per i Dirigenti e Preposti di tutte le Strutture e Servizi Operativi dell'Istituto (85 Persone) ai quali ha partecipato l'88% del personale designato nel ruolo di Dirigente e/o Preposto.

2. Si sono svolte le verifiche sulla fase di assetto del Sistema di Gestione della Sicurezza con incontri con il personale del Dipartimento di Radioterapia, del Dipartimento di Oncologia Chirurgica e della Struttura Operativa Tecnologia ed Investimenti. Durante gli audit di Sistema sono stati commentati i programmi di controllo della formazione e check list di area, confermando la disponibilità del SPPA, sono stati predisposti in via generale i successivi audit per il 2013 ed il prosieguo dell'implementazione e revisione delle procedure di Area Operativa. E' stata raccomandata, infine, l'applicazione di quanto appreso con la formazione e la continua diffusione/sorveglianza del Sistema di Gestione per la sicurezza. Vedi relazione del responsabile della SPPA. Con Verbale n. 10 del 20/05/2013 l'OIVP ritiene l'obiettivo raggiunto.

riordino degli spazi assegnati all'area dei laboratori diagnostici e di ricerca	entro il 31/05 è prodotto un documento nel quale sono descritti i livelli di rischio delle attività effettuate nelle singole unità come attualmente distribuite	è avviato il riordino degli spazi sulla base di analisi riguardanti il livello di rischio delle attività effettuate nelle singole unità (stanze)	100,00%	50,00%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
---	---	--	---------	--------	--------------------------	--------------------------	-------------------------------------

Con nota prot. 8754/SPPA del 30.05.2012 è stato trasmesso il documento che descrive le attività svolte dalle singole strutture e i relativi rischi preponderanti presenti.

Totale raggiungimento obiettivi valutati

100,00%

100,00%

**MONITORAGGIO BUDGET 2012 - DIREZIONE SANITARIA - Valutato dall'OIVP
con verbale n. 10 del 20/05/2013**

Servizio sorveglianza sanitaria

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR prod. strategica	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
ridefinizione della procedura riguardante il percorso al CRO dell'incidente a rischio biologico (ridefinizione protocollo)	stesura bozza di procedura e relativa modulistica con coinvolgimento delle figure professionali delle strutture coinvolte (oncologia medica, microbiologia e sorveglianza sanitaria)	evidenza stesura bozza e relativa modulistica	100,00%	50,00%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
E' stata predisposta la bozza del protocollo rischio biologico							
rivalutazione test intradermico di mantoux nell'ambito della sorveglianza sanitaria periodica per la tubercolosi nel personale sanitario	1. individuazione del personale afferente alle strutture di degenza ed agli ambulatori di DH e radioterapia non più testati per la tubercolosi da almeno 6 anni; 2. invito a sottoporsi al test di screening secondo mantoux.	ridefinizione di almeno 70% dei test intradermici secondo mantoux del personale sanitario individuato e aggiornamento dei relativi dati vaccinali sulla rete regionale di vaccinazione e sulla cartella sanitaria personale e di rischio	100,00%	50,00%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<p>Sono stati selezionati 126 operatori addetti all'assistenza invitati a sottoporsi a screening antitubercolare. I dati riassuntivi di quanto condotto sono stati trasmessi con nota prot. 17332/S del 09.11.2012 e con mail del 09.01.2013. Dei 126 operatori inviati a sottoporsi a screening mantoux, 91 hanno eseguito lo screening mantoux e 24 lo screening quantiferon, 1 ha effettuato rx torace, 15 non sono ancora stati testati, 4 hanno rifiutato lo screening e 2 sono cessati dal servizio, con una copertura al test di screening mantoux del 72,2%. I dati sono registrati sulla rete regionale ed il certificato di mantoux è archiviato nella cartella sanitaria e di rischio personale.</p>							
Totale raggiungimento obiettivi valutati			100,00%	100,00%			

MONITORAGGIO BUDGET 2012 - DIREZIONE SANITARIA - Valutato dall'OIVP con verbale n. 10 del 20/05/2013

Ufficio relazione con il pubblico

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR prod. strategica	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
corretta gestione dei reclami	95% dei reclami sono stati evasi entro 30 giorni	evasione delle risposte ai reclami entro i tempi previsti dalla normativa (30 giorni)	100,00%	50,00%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<p>nel 2012 sono stati registrati 35 reclami (esclusi 4 nei confronti del bar interno, 1 anonimo, 4 avvocati a sé dalle Direzioni generale o sanitaria a causa della delicatezza e complessità degli eventi segnalati). Di questi 35, 8 hanno superato i 30 gg a causa di consistenti ritardi derivati dalla scarsa collaborazione da parte dei professionisti coinvolti, ai quali erano state richieste in tempo utile le controdeduzioni sui fatti contestati. Tolti questi casi è verificabile che l'Ufficio ha sempre operato nel rispetto dei tempi previsti dall'indicatore (relazione responsabile prot. 510/PS del 10.01.2013).</p>							
monitoraggio dei tempi di attesa	la funzione di monitoraggio è trasferita entro il 30 giugno	trasferire il compito di monitorare i tempi di attesa dall'URP al nucleo operativo appositamente costituito nella direzione medica	100,00%	10,00%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<p>La funzione di monitoraggio dei tempi di attesa è stata trasferita al nucleo operativo costituito presso la direzione medica che si è riunito in plenaria il 19.04 (vedi nota responsabile prot. 510/PS del 10.01.2013).</p>							
rilevazione della qualità percepita con strumento già utilizzato nel 2011 in 3 mesi indice: maggio, settembre e novembre	1. report di rilevazione effettuate nei mesi indice; 2. riepilogo di sintesi con evidenza dei trend per singolo fattore di osservazione e valutazione di eventuali interventi correttivi effettivamente attuabili	sorveglianza dei fattori di osservazione contenuti nello strumento di rilevazione al fine di intervenire in modo appropriato sulle criticità	100,00%	40,00%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<p>Con note prot.n. 8295/DG del 2/5/2013 e 9065/DG del 10/5/2013 il Responsabile dell'URP ha presentato i risultati relativi alla Rilevazione della qualità percepita per l'anno 2012.</p>							
Totale raggiungimento obiettivi valutati			100,00%	100,00%			

**MONITORAGGIO BUDGET 2012 - DIREZIONE SANITARIA - Valutato dall'OIVP
con verbale n. 10 del 20/05/2013**

Unità per la gestione del rischio clinico e l'accreditamento - Masutti

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR prod. strategica	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
coordinamento delle iniziative relative alla certificazione ISO	rispetto degli indicatori previsti per le diverse strutture coinvolte	1. mantenimento certific. ISO x le SO già certificate; 2. completamento del programma x la fisica; 3. compl.to/avanz.to programma di certific outsourcing attività diagnost dei labor. di ricerca; 4.avvio del percorso x le SO di radiologia e med. nucleare	100,00%	15,00%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<p>1. La visita di certificazione del 22-23 novembre ha dato esito positivo. 2. sono stati svolti i lavori propedeutici alla richiesta di certificazione. La richiesta è subordinata alla nuova gara per l'individuazione dell'ente certificatore che si attiverà nel 2013. 3. con nota prot. 79/OS2 del 31.10.2012 il direttore della struttura di oncologia sperimentale 2 ha rappresentato i motivi per i quali ritiene di non procedere alla definizione delle procedure ed all'avvio dell'implementazione del percorso per la numerazione e definizione delle Cellule tumorali circolanti indicato con nota prot. n. 13/OS2 del 27.09.2011. Con mail del 28/9/2012 (prot.n. 15675) il responsabile della SOC di Farmacologia ha trasmesso il documento relativo all'avvio e implementazione del percorso di outsourcing propedeutico alla certificazione. La struttura di oncologia sperimentale 1 ha attivamente collaborato al mantenimento della certificazione del dipartimento di laboratorio. 4. I responsabili delle SOC di Radiologia e Medicina Nucleare in data 31/10/2012 hanno inviato lo schema di mappatura dei processi</p>							
coordinamento delle iniziative relative alla certificazione Jacie	rispetto delle scadenze previste dal programma	proseguimento del programma jacie in vista dell'accreditamento	100,00%	20,00%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<p>si sono svolti gli audit interni, sono state approvate alcune delle procedure obbligatorie, continua la valutazione del personale relativamente al mantenimento delle competenze, è stato svolto l'audit su documentazione clinica secondo gli standard JACIE, è stata inviata la richiesta di visita di accreditamento e attivata la team box on line per la gestione e invio della documentazione necessaria. In data 25/10/2012 è stata fatta domanda di accreditamento.</p>							
coordinamento delle iniziative relative all'accreditamento internazionale	rispetto delle scadenze previste dal programma	proseguimento del programma di accreditamento secondo Accreditation Canada	100,00%	15,00%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Eseguita autovalutazione. Tutti i team hanno preso visione della road map e si sono attivati per la definizione del piano di miglioramento relativo alle criticità emerse.

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR prod. strategica	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
governo dei tempi di attesa	1. individuazione del nucleo operativo e definizione delle modalità di svolgimento dei monitoraggi entro il 30 giugno; 2. revisione delle agende di prenotazione di almeno 3 strutture operative	1.trasferimento del monitoraggio sui tempi di attesa dall'urp ad apposito nucleo operativo costituito con personale individuato all'interno della struttura; 2. revisione delle agende secondo indicazioni regionali	100,00%	40,00%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

L'obiettivo correlato alle RAR o alla produttività strategica potrebbe essere modificato in seguito agli accordi sottoscritti con le OO.SS.

1. In data 19.04 il gruppo si è riunito in plenaria per la prima volta per programmare le attività di revisione delle agende del dipartimento chirurgico (vedi verbale n. 1 del 19.04.2012). Il monitoraggio dei tempi di attesa è stato svolto secondo la tempistica regionale. 2. Sono state revisionate le agende della chirurgia ginecologia, della gastroenterologia e della chirurgia generale.

partecipazione ai tavoli tecnici di area vasta sui tempi di attesa e rilevazione interna	1. piano di produzione di area vasta; 2. revisione delle agende per criteri di priorità; 3. definizione delle modalità di prenotazione di prime visite, controlli e ritorni	gestione delle attività relative ai tempi di attesa in coerenza con le indicazioni regionali e di area vasta	100,00%	10,00%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
---	---	---	----------------	---------------	-------------------------------------	--------------------------	-------------------------------------

L'obiettivo correlato alle RAR o alla produttività strategica potrebbe essere modificato in seguito agli accordi sottoscritti con le OO.SS.

1. Il "Piano di produzione dell'Area Vasta per il contenimento dei tempi di attesa" è stato prodotto come parte integrante del PAL/PAO 2012 sulla base delle stime di produzione attese ed entro il 30 giugno è stato rimodulato sulla base dei dati di produzione del primo trimestre 2012. 2. Nel corso del 2012 sono stati ridefiniti i volumi dell'ecografia addome per i diversi criteri di priorità definiti negli anni precedenti. La DCSISSePS non ha ancora definito ulteriori criteri di priorità rispetto a quelli presenti a fine 2011. 3. Con nota prot. 18150/S del 22.11.2012 sono state inviate ai direttori di struttura complessa e ai responsabili di strutture semplici dipartimentali i criteri di distinzione tra prime visite e controlli.

Totale raggiungimento obiettivi valutati

100,00%

100,00%

MONITORAGGIO BUDGET 2012 - SOC FARMACIA - Valutato dall'OIVP con verbale n. 10 del 20/05/2013

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	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR prod. strategica	respons.	individ.	

Grado di Raggiungimento

Attività di produzione farmaci antiblastici	unità prodotte in ambito di area vasta	mantenimento dei volumi di preparazione del 2011 (numero preparati 2° semestre 2011: 18.931). La valutazione avverrà per il periodo 1/7/2012 - 31/12/2012.	100,00%	20,00%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
---	--	--	---------	--------	--------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

Si introduce una franchigia del 10%, sostitutiva alla considerazione degli ordini in corso laddove si registrasse una riduzione dei volumi rispetto al 2011. Verbale n. 9 del 10/1/2013 OIVP "la franchigia viene applicata (ove prevista) solo se questa consente il raggiungimento al 100% dell'obiettivo..."

2° semestre 2012: 17.878 preparati di area vasta. Percentuale di raggiungimento 94,44% che diventa 100% con l'applicazione della franchigia.

dare il massimo sviluppo all'attività di distribuzione diretta primo ciclo	il servizio è attivo per almeno 7 ore al giorno	garantire l'apertura del servizio di distribuzione farmaci per almeno 7 ore al giorno	in linea	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
--	---	---	----------	--------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

L'obiettivo correlato alle RAR potrebbe essere modificato in seguito agli accordi RAR sottoscritti con le OO.SS.

E' stata garantita la massima attuazione della distribuzione diretta attraverso l'apertura del servizio di distribuzione per 7 ore al giorno, per 5 giorni alla settimana più il servizio di emergenza nella giornata di sabato.

L'azienda incentiva la prescrizione dei medicinali a brevetto scaduto e in particolare dovranno essere promosse iniziative in linea con gli obiettivi previsti dagli indicatori di programmazione e controllo individuati dall'AIFA ai sensi del DL 78/2010.	Primo monitoraggio del rapporto tra dosi di farmaci a brevetto scaduto e dosi di originator (se di costo superiore) al 30/06/2012 e poi con cadenza trimestrale	il 90% delle dosi appartiene al gruppo delle molecole al costo non superiore a quello del farmaco a brevetto scaduto	100,00%	20,00%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
--	---	--	---------	--------	--------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

L'obiettivo è da considerarsi raggiunto anche in assenza di una reportistica trimestrale. Nell'esercizio 2013 gli obiettivi saranno completamente connessi alla presenza di un'adeguata reportistica trimestrale (verbale n. 9 OIVP).

Il primo monitoraggio ha evidenziato una % superiore al 90% (nota prot. 29/F del 09.06.2012). La seconda valutazione effettuata dalla soc di Farmacia con i dati aggiornati al 10.12.2012 ha evidenziato una percentuale superiore al target sia in termini di dosi (98,11%) che in termini di valore (93,51%) (nota prot. 59/2012 F del 17.12.2012).

contenimento e governo della spesa farmaceutica territoriale	è attiva la distribuzione diretta per questi pazienti ovvero sono documentati i motivi per cui questa modalità non può essere attivata	valutazione della fattibilità di distribuzione diretta nell'ambito dell'assistenza domiciliare ai pazienti HIV	100,00%	15,00%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
--	--	--	---------	--------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

L'obiettivo correlato alle RAR potrebbe essere modificato in seguito agli accordi RAR sottoscritti con le OO.SS.

la distribuzione diretta nell'ambito dell'assistenza domiciliare ai pazienti HIV è stata attivata a partire da maggio (vedi nota responsabile prot. 35/2012 F del 30.04.2013).

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR prod. strategica	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
contenimento e governo delle prescrizioni dei farmaci ad alto costo	1. definizione dell'elenco dei farmaci ad alto costo da sottoporre al monitoraggio entro il 30 aprile; 2. reportistica adeguata al monitoraggio dell'obiettivo: primo report al 30 giugno successivamente con cadenza trimestrale	il 90% della spesa farmaceutica generata da un elenco di farmaci chemioterapici ad alto costo è appropriata secondo le indicazioni ufficiali	100,00%	15,00%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<p><i>l'obiettivo è da considerarsi raggiunto anche in assenza di una reportistica trimestrale. Nell'esercizio 2013 gli obiettivi saranno completamente connessi alla presenza di un'adeguata reportistica trimestrale (verbale n. 9 OIVP).</i></p> <p>i farmaci oggetto di monitoraggio sono: TRASTUZUMAB, RITUXIMAB, BEVACIZUMAB, PEMETREXED, CETUXIMAB, DOCETAXEL, DOXORUBICINA LIPOSOMIALE PEGILATA, BORTEZOMIB, PANITUMUMAB, DOXORUBICINA LIPOSOMI SEMPLICI, TRABECTIDINA, CITARABINA LIPOSOMIALE, BENDAMUSTINA, PACLITAXEL, EPIRUBICINA 200 SOLUZIONE PRONTA, IFOSFAMIDE 1 G + SOLV. 50 ML EV, TOPOTECAN, GEMCITABINA, PACLITAXEL IN ALBUMINA NANOPARTICELLARE, PLERIXAFOR, VINFLUNINA, CABAZITAXEL e ERIBULINA. Il monitoraggio a livello aziendale del direttore della SOC di farmacia evidenzia i seguenti risultati trimestrali:</p> <p>1° trimestre: 95% 2° trimestre: 95% 3° trimestre: 96% 4° trimestre: 94%</p>							
Garantire sul RFOM l'inserimento di tutte le informazioni previste (registrazione, diagnosi, richieste di farmaco, effetti indesiderati, rivalutazione dello stato di malattia, fine trattamento).	reportistica adeguata alla verifica della corretta implementazione delle schede di processo al fine della prima revisione del budget delle strutture con l'obiettivo di confermare o meno l'efficacia della modalità di registrazione nel RFOM: l'eventuale riscontro negativo comporterà una modifica restrittiva della modalità di evasione delle prescrizioni da parte della farmacia	100%	100,00%	10,00%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<p>E' stato garantito un monitoraggio sistematico del corretto inserimento delle informazioni su RFOM con segnalazione alle diverse strutture operative delle registrazioni mancanti.</p>							
fatturazione distribuzione diretta farmaci 1° ciclo e PHT	- predisposizione report farmaci 1° ciclo e pht almeno con periodicità trimestrale; - verifica congiunta tra farmacia, controllo di gestione e ufficio bilancio dei report per la verifica dei dati rilevati; - consolidamento delle nuove modalità di fatturazione definite nel 2011; - fatturazione trimestrale	evidenza dell'attuazione degli indicatori	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<p>I file di dettaglio farmaci 1° ciclo e pht sono stati elaborati e trasmessi periodicamente alla S.O. di farmacia (email 08.03 (mesi di gen-feb), email 27.04 (mese di marzo), email 28.08 (mese di aprile), email 27.06 (mesi di maggio), email 09.07 (mese di giugno), email 16.08 (mese di luglio), email 19.10 (mese di agosto), email 22.10 (mese di settembre), email 13.11 (mese di ottobre), email 10.12 (mese di novembre) e email 16.01 (mese di dicembre). Nel corso del 2012 sono stati inoltre ridefiniti i report farmaci 1° ciclo e pht secondo le esigenze operative della struttura di farmacia e dell'ufficio bilancio. Sono stati garantiti da parte della S.O. di farmacia i controlli sistematici tra i documenti cartacei e i dati risultanti a sistema. Sono state predisposte le tabelle riepilogative per il calcolo del totale farmaci e della quota di ristoro costi amministrativi da fatturare alle singole aziende convalidate dalla S.O. di Farmacia. Con nota prot.n.35/F del 19.7.2012 sono stati chiesti chiarimenti alla Direzione Regionale in merito al calcolo della quota ristoro costi per i nuovi farmaci PHT. Nel corso dell'anno sono state emesse le fatture relative ai primi 3 trimestri del 2012.</p>							
revisione delle modalità di registrazione dei dati di consumo di farmaci infusionali chemioterapici nel sistema ascot economato	collaborazione allo sviluppo del software per garantire la certificazione delle operazioni di correzione tramite firma digitale/elettronica (debole o forte)	sviluppo e avvio del nuovo software entro il 31/12	100,00%	10,00%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>La procedura è stata rilasciata ufficialmente, a seguito della fase di test, nel mese di dicembre 2012 ed è pertanto in funzione al 31/12/2012. La procedura di backup è stata revisionata su piattaforma SQL server (vedi nota responsabile prot. 6996/T DEL 09.04.2013).</p>							

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato	RAR prod. strategica	respons.	individ.
Grado di Raggiungimento						
attività di ricerca	valore impact factor normalizzato	valore: media biennio 2010-2011 (obiettivo 6)	in linea	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
valore impact factor normalizzato: 6						
gestire le ferie	numero gg di ferie da fruire entro il 31/12/2012 (comparto) - obiettivo 95 Il monitoraggio sarà effettuato a livello complessivo di struttura operativa. Se l'obiettivo non è raggiunto si valuterà positivamente in presenza di un abbattimento delle ferie pregresse \geq alla media delle strutture oggetto di valutazione (verbale n. 9 OIVP) 95 giorni	100% ferie anno corrente e abbattimento ferie pregresse: a) per il personale con residuo ferie al 1/1/12 > 6 gg: ridurre il residuo ferie al 1/1/12 di almeno il 20%; b) per il personale con residuo ferie al 1/1/12 \leq 6 gg: residuo ferie al 1/1/13 \leq 6 gg.	non in linea	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso.</i>						
82 giorni						
gestire le ferie	numero gg di ferie da fruire entro il 31/12/2012 (dirigenza) - obiettivo 137 Il monitoraggio sarà effettuato a livello complessivo di struttura operativa. Se l'obiettivo non è raggiunto si valuterà positivamente in presenza di un abbattimento delle ferie pregresse \geq alla media delle strutture oggetto di valutazione (verbale n. 9 OIVP) 137 giorni	100% ferie anno corrente e abbattimento ferie pregresse: per il personale con residuo ferie al 1/1/12 > 8 gg: ridurre il residuo ferie al 1/1/12 di almeno il 20%; b) per il personale con residuo ferie al 1/1/12 \leq 8 gg: residuo ferie al 1/1/13 \leq 8 gg.	in linea	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso.</i>						
118 giorni. Considerate le lunghe assenze le giornate di ferie ricalcolate diventano 133. Con % abbattimento superiore alla media						
applicazione del regolamento aziendale sull'orario di lavoro	monitoraggio della gestione risorse umane	applicazione del regolamento	in linea	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E' stata attivata la gestione decentrata delle presenze/assenze.						
valutazione dei dirigenti	le valutazioni dei dirigenti sono completate secondo le indicazioni diffuse dalle direzioni	completamento dei percorsi di valutazione dei dirigenti previsti nel 2012	in linea	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
valutazione effettuata con riferimento all'anno 2011						

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato	RAR prod. strategica	respons.	individ.
Grado di Raggiungimento						
partecipazione del personale della struttura a specifiche attività formative individuate dalle direzioni	partecipazione di almeno 1 dirigente o, qualora indicato, di 1 personale del comparto, alle attività formative richieste dalle Direzioni (le attività formative verranno segnalate ad hoc)	evidenza della partecipazione	in linea	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<p>Attività formative individuate dalle Direzioni:</p> <p>1. Radioprotezione Metabolica, IORT e Pazienti iniettati PET</p> <p>2. Riunione annuale del Comitato Scientifico Internazionale</p> <p>3. Corso sul mentoring.</p> <p>4. Riunione del 27. 11 sulla sicurezza</p> <p>5. Corso Bundles per la prevenzione delle infezioni</p> <p>6. Corso "Utilizzo dei gas medicali in sicurezza"</p> <p>7. Corso "Utilizzo dell'azoto liquido in sicurezza. Impianti e apparecchiature criogeniche."</p> <p>Nessuna partecipazione. Con Verbale n. 10 del 20/05/2013 l'OIVP valuta la partecipazione del responsabile alla formazione obbligatoria e diffusione del SGS equivalente nella sostanza ad una delle attività indicate dalla direzione.</p>						
Procedura per la formazione e valorizzazione del neoassunto, compresi i contratti atipici	monitoraggio a campione da parte della dir. san. della scheda di valutazione a partire dal 1° maggio. Il campione deve riguardare almeno il 50% del personale inserito a partire dal 1° maggio con eventuali approssimazioni per eccesso (es.: 1 =1, 3= 2)	Applicazione della procedura definita nel 2011	non valutabile	10,00%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<p>Non ci sono stati neoassunti</p>						
partecipazione al programma di accreditamento internazionale	i professionisti garantiscono il contributo alle attività connesse al mantenimento dell'accreditamento (autovalutazione e avvio dei lavori di team relativi all'analisi della road map e alla definizione delle priorità di intervento)	autovalutazione e avvio dei lavori dei team (analisi della road map e definizione delle priorità di intervento)	in linea	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<p>Eseguita autovalutazione. Tutti i team hanno preso visione della road map e si sono attivati per la definizione del piano di miglioramento relativo alle criticità emerse.</p>						
Totale raggiungimento obiettivi valutati			100,00%	90,00%		

MONITORAGGIO BUDGET 2012 - SOS DIREZIONE DELLE PROFESSIONI SANITARIE - Valutato dall'OIVP con verbale n. 10 del 20/05/2013

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR prod. strategica	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
monitoraggio dei tempi di attesa	la funzione di monitoraggio è trasferita entro il 30 giugno	trasferire il compito di monitorare i tempi di attesa dall'URP al nucleo operativo appositamente costituito nella direzione medica	100,00%	10,00%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

La funzione di monitoraggio dei tempi di attesa è stata trasferita al nucleo operativo costituito presso la direzione medica che si è riunito in plenaria il 19.04 (vedi nota responsabile prot. 510/PS del 10.01.2013).

applicazione del regolamento sull'orario di lavoro	1. report trimestrali di monitoraggio delle criticità riscontrate a partire dal II trimestre; 2. evidenza di interventi correttivi puntuali sulle criticità riscontrate ovvero documentazione della impossibilità di correggere i problemi	il regolamento sull'orario di lavoro è applicato correttamente anche a seguito dell'avvio della modalità decentrata di gestione	100,00%	30,00%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--	---	---------	--------	-------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------

L'obiettivo correlato alle RAR potrebbe essere modificato in seguito agli accordi RAR sottoscritti con le OO.SS.

Nei due report trimestrali di monitoraggio, effettuati nel secondo trimestre in due distinte riunioni svolte nella giornata del 25 settembre con tutti i coordinatori e le posizioni organizzative e nella giornata del 28 dicembre con le posizioni organizzative, e dai contatti continui settimanali con le posizioni organizzative, non si rilevano particolari criticità anche se emerge l'esigenza di un confronto periodico per assumere comportamenti uniformi nelle diverse aree operative.
Sentito anche l'Ufficio Controllo Presenze, il quale non evidenzia ritardi ed errori significativi nella gestione decentrata da parte delle posizioni organizzative e dei coordinatori infermieristici e tecnici.
Il monitoraggio periodico continuerà anche nel 2013, unitamente ai confronti con i titolari di posizione organizzativa e di coordinamento, al fine di migliorare la riproducibilità dei comportamenti (nota del responsabile prot. n. 510/PS del 10.01.2013).

ridefinire le posizioni del personale del comparto in coerenza con il nuovo atto aziendale	1. documento di individuazione delle nuove posizioni di responsabilità (cordinamenti e posizioni organizzative) entro dicembre; 2. nomina dei titolari entro dicembre	sono individuati i titolari delle posizioni di responsabilità	100,00%	20,00%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	---	---	---------	--------	--------------------------	-------------------------------------	--------------------------

l'obiettivo viene valutato raggiunto poiché la nomina dei titolari non è stata possibile a causa della durata (5 mesi) delle necessarie relazioni sindacali (verbale n. 9 OIVP).

1. a partire dal secondo trimestre è stato elaborato il documento di individuazione delle nuove posizioni di responsabilità (cordinamenti e posizioni organizzative). Il documento è stato discusso con le OO.SS comparto e RSU in più incontri, il primo dei quali in data 19.06.2012. Il documento definitivo è stato presentato in data 10 dicembre alla OO.SS. Comparto e alle RSU. 2. A seguito di una lunga trattativa sindacale è stato impossibile procedere alla nomina dei titolari. Nel frattempo gli incarichi in scadenza sono stati prorogati fino al 30 giugno 2013.
L'adozione della delibera di istituzione del nuovo assetto delle posizioni di responsabilità del personale del comparto è prevista entro il 15 gennaio, dopodiché si procederà all'avvio delle selezioni per attribuire i relativi incarichi (vedi relazione responsabile prot. 510/PS del 10.01.2013).

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR prod. strategica	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
assunzione della gestione del personale operante nel servizio di ristorazione (mensa cucina)	dal mese di luglio la turnistica del personale è predisposta a cura della direzione delle professioni sanitarie	gestione della turnistica del personale operante nel servizio di ristorazione (mensa cucina)	100,00%	20,00%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Con nota prot. 8581/S del 28.05.2012 è stato affidato al dirigente delle professioni sanitarie il coordinamento del personale operante nel servizio di ristorazione del CRO. Il turno proposto, pienamente condiviso dal personale (5 cuochi, dei quali 3 dipendenti a tempo indeterminato e 2 interinali, e 5 ausiliari), è caratterizzato da quattro giorni di lavoro e due di riposo ad eccezione di un cuoco presente dal lunedì al venerdì per svolgere le funzioni di capocuoco e di referente per il ricevimento e controllo delle forniture alimentari. Il foglio dei turni mensile viene reso consultabile 7 giorni prima dell'inizio del mese. Il personale ha garantito la continuità del servizio beneficiando delle ferie maturate nell'anno, così come previsto tra gli obiettivi di budget. Si riscontra nell'ambiente un buon clima organizzativo e l'assenza di conflitti (vedi nota responsabile prot. 510/PS del 10.01.2013).</p>							
rilevazione della qualità percepita con strumento già utilizzato nel 2011 in 3 mesi indice: maggio, settembre e novembre	1. report di rilevazione effettuate nei mesi indice; 2. riepilogo di sintesi con evidenza dei trend per singolo fattore di osservazione e valutazione di eventuali interventi correttivi effettivamente attuabili	sorveglianza dei fattori di osservazione contenuti nello strumento di rilevazione al fine di intervenire in modo appropriato sulle criticità	100,00%	20,00%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Con note prot.n. 8295/DG del 2/5/2013 e 9065/DG del 10/5/2013 il Responsabile dell'URP ha presentato i risultati relativi alla Rilevazione della qualità percepita per l'anno 2012.</p>							
gestire le ferie	numero gg di ferie da fruire entro il 31/12/2012 (comparto della tecnostuttura sanitaria) - obiettivo 644 Il monitoraggio sarà effettuato a livello complessivo di direzione. Se l'obiettivo non è raggiunto si valuterà positivamente in presenza di un abbattimento delle ferie pregresse ≥ alla media delle strutture oggetto di valutazione (verbale n. 9 OIVP) 644 giorni	100% ferie anno corrente e abbattimento ferie pregresse: a) per il personale con residuo ferie al 1/1/12 > 6 gg: ridurre il residuo ferie al 1/1/12 di almeno il 20%; b) per il personale con residuo ferie al 1/1/12 ≤ 6 gg: residuo ferie al 1/1/13 ≤ 6 gg.	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p><i>nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso.</i></p>							
667 giorni							
gestire le ferie	numero gg di ferie da fruire entro il 31/12/2012 (dirigenza) - obiettivo 32 Se l'obiettivo non è raggiunto si valuterà positivamente in presenza di un abbattimento delle ferie pregresse ≥ alla media delle strutture oggetto di valutazione (verbale n. 9 OIVP) 32 giorni	100% ferie anno corrente e abbattimento ferie pregresse: per il personale con residuo ferie al 1/1/12 > 8 gg: ridurre il residuo ferie al 1/1/12 di almeno il 20%; b) per il personale con residuo ferie al 1/1/12 ≤ 8 gg: residuo ferie al 1/1/13 ≤ 8 gg.	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p><i>nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso.</i></p>							
38 giorni							

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato	RAR prod. strategica	respons.	individ.
Grado di Raggiungimento						
partecipazione al programma di accreditamento internazionale	i professionisti garantiscono il contributo alle attività connesse al mantenimento dell'accreditamento (autovalutazione e avvio dei lavori di team relativi all'analisi della road map e alla definizione delle priorità di intervento)	autovalutazione avvio dei lavori dei team (analisi della road map e definizione delle priorità di intervento)	in linea	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Eseguita autovalutazione. Tutti i team hanno preso visione della road map e si sono attivati per la definizione del piano di miglioramento relativo alle criticità emerse.

Totale raggiungimento obiettivi valutati

100,00%

100,00%

MONITORAGGIO BUDGET 2012 - SOS PSICOLOGIA - Valutato dall'OIVP con verbale n. 10 del 20/05/2013

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR prod. strategica	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
Prestazioni specialistiche ambulatoriali per esterni e per interni	numero di prestazioni complessive	1.600	100,00%	35,00%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<p><i>L'obiettivo è valutato secondo un criterio proporzionale. Ai fini delle RAR l'obiettivo è valutato in termini di incremento del valore dell'attività per esterni rispetto al 2011 (vedi accordo RAR)</i></p> <p><i>L'obiettivo correlato alle RAR potrebbe essere modificato in seguito agli accordi RAR sottoscritti con le OO.SS.</i></p>							
2.432							
attività di ricerca	valore impact factor normalizzato	valore: media biennio 2010-2011 (obiettivo 10,1)	100,00%	5,00%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<p><i>L'obiettivo è assegnato e valutato a livello dipartimentale secondo il criterio di proporzionalità.</i></p>							
valore impact factor normalizzato: 16,5							
contrasto allo stress lavoro correlato	sulla base dell'esperienza maturata nel 2011 sono svolte indagini mirate sul personale operante nelle seguenti strutture: sale operatorie, tcad, day hospital medico e terapia intensiva	definire proposte di intervento appropriate a ridurre lo stress lavoro correlato	non valutabile	30,00%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>La direzione sanitaria ha ritenuto di adottare come strumento di valutazione lo strumento MOHQ - questionario multidimensionale della salute organizzativa di Avallone e Paplomatas. Sono state fatte più richieste agli autori per l'utilizzo dello strumento che non hanno prodotto alcun esito. Di conseguenza la struttura di psicologia oncologica ha riprodotto in modo fedele il questionario sulla base delle informazioni a disposizione. Il tempo dedicato alla "ricostruzione" del MOHQ e, soprattutto, la mancanza dei risultati definitivi dell'indagine realizzata nel 2011 non hanno permesso l'avvio della valutazione soggettiva entro il 2012. Nel corso dell'anno sono state comunque condotte indagini sul campo nel DH medico, sale operatorie, dip. oncologia e chirurgia per raccogliere sia le difficoltà degli operatori sanitari sia le loro esigenze di supporto per la gestione dello SLC. Con Verbale n. 10 del 20/05/2013 l'OIVP sulla base delle motivazioni addotte propone di considerare l'obiettivo come non valutabile neutralizzando il relativo peso.</p>							
ospedale senza dolore: incrementare il supporto psicologico al trattamento antalgico e palliativo	la casistica trattata è incrementata del 20%	miglioramento del trattamento antalgico e palliativo (obiettivo 66 prestazioni per esterni periodo 01/09/2012 - 31/12/2012)	90,91%	30,00%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
60 prestazioni per esterni periodo 01/09/2012 - 31/12/2012							
gestire le ferie	numero gg di ferie da fruire entro il 31/12/2012 - obiettivo 74 Il monitoraggio sarà effettuato a livello complessivo di struttura operativa. Se l'obiettivo non è raggiunto si valuterà positivamente in presenza di un abbattimento delle ferie pregresse ≥ alla media delle strutture oggetto di valutazione (verbale n. 9 OIVP) 74 giorni	100% ferie anno corrente e abbattimento ferie pregresse: per il personale con residuo ferie al 1/1/12 > 8 gg: ridurre il residuo ferie al 1/1/12 di almeno il 20%; b) per il personale con residuo ferie al 1/1/12 ≤ 8 gg: residuo ferie al 1/1/13 ≤ 8 gg.	in linea	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p><i>nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso.</i></p>							
74 giorni							

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato	RAR prod. strategica	respons.	individ.
Grado di Raggiungimento						
piani di lavoro	i piani devono essere inviati alla direzione sanitaria entro la fine del mese precedente a quello cui la programmazione si riferisce	i piani di lavoro sono inviati regolarmente rispettando l'indicatore	in linea	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gennaio - Dicembre inviati nei termini						
Procedura per la formazione e valorizzazione del neoassunto, compresi i contratti atipici	monitoraggio a campione da parte della dir. san. della scheda di valutazione a partire dal 1° maggio. Il campione deve riguardare almeno il 50% del personale inserito a partire dal 1° maggio con eventuali approssimazioni per eccesso (es.: 1 =1, 3= 2)	Applicazione della procedura definita nel 2011	non valutabile	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Non ci sono stati neoassunti						
valutazione dei dirigenti	le valutazioni dei dirigenti sono completate secondo le indicazioni diffuse dalle direzioni	completamento dei percorsi di valutazione dei dirigenti previsti nel 2012	in linea	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
valutazione effettuata con riferimento all'anno 2011						
partecipazione del personale della struttura a specifiche attività formative individuate dalle direzioni	partecipazione di almeno 1 dirigente o, qualora indicato, di 1 personale del comparto, alle attività formative richieste dalle Direzioni (le attività formative verranno segnalate ad hoc)	evidenza della partecipazione	in linea	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Attività formative individuate dalle Direzioni: 1. Radioprotezione Metabolica, IORT e Pazienti iniettati PET 2. Riunione annuale del Comitato Scientifico Internazionale 3. Corso sul mentoring. 4. Riunione del 27. 11 sulla sicurezza 5. Corso Bundles per la prevenzione delle infezioni 6. Corso "Utilizzo dei gas medicali in sicurezza" 7. Corso "Utilizzo dell'azoto liquido in sicurezza. Impianti e apparecchiature criogeniche." Nessuna partecipazione. Con Verbale n. 10 del 20/05/2013 l'OIVP valuta la partecipazione del responsabile alla formazione obbligatoria e diffusione del SGS equivalente nella sostanza ad una delle attività indicate dalla direzione.						
partecipazione al programma di accreditamento internazionale	i professionisti garantiscono il contributo alle attività connesse al mantenimento dell'accREDITamento (autovalutazione e avvio dei lavori di team relativi all'analisi della road map e alla definizione delle priorità di intervento)	autovalutazione e avvio dei lavori dei team (analisi della road map e definizione delle priorità di intervento)	in linea	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Eseguita autovalutazione. Tutti i team hanno preso visione della road map e si sono attivati per la definizione del piano di miglioramento relativo alle criticità emerse.						
Totale raggiungimento obiettivi valutati			96,10%	70,00%		

MONITORAGGIO BUDGET 2012 - DIREZIONE SCIENTIFICA - Valutato dall'OIVP con verbale n. 10 del 20/05/2013

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR prod. strategica	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
Realizzare un'attribuzione più equa dell'Impact Factor normalizzato (Ifn) all'interno del CRO	Predisposizione di report di simulazione con cadenza trimestrale	valutazione e individuazione del sistema definitivo di attribuzione dell'Impact Factor Normalizzato (IFN) all'interno del CRO	100,00%	10,00%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Realizzati n. 4 report delle pubblicazioni con cadenza trimestrale contenenti l'informazione relativa alla simulazione di un'attribuzione più equa dell'Impact Factor normalizzato sulla base dell'algoritmo concordato. Report inviati alle direzioni in data 12 aprile, 6 luglio, 5 ottobre, 9 gennaio 2013 (vedi nota prot. 1120/D del 21.01.2013).

Certificazione ISO 9001-2008

- redazione di una procedura sui processi di accoglienza esterna dei frequentatori; - esecuzione della valutazione del clima interno

- evidenza della procedura; - evidenza dei colloqui

100,00% 8,00%

L'obiettivo correlato alle RAR o alla produttività strategica potrebbe essere modificato in seguito agli accordi sottoscritti con le OO.SS.

1. E' stata adottata la istruzione Operativa I DSC 004-D "Accoglienza visitatori-relatori esterni (non ECM)" in data 2 ottobre 2012
2. A luglio 2012 si sono svolti i colloqui per la rilevazione del clima interno. In data 21 novembre 2012 è stata realizzata e presentata la "Relazione tecnica inerente il benessere organizzativo e rischio burnout" realizzato dalla società Exprit srl di Firenze (vedi nota prot. 1120/D del 21.01.2013).

Miglioramento della qualità della sperimentazione clinica

1. Produzione e conservazione della documentazione scritta (Manuale) di tutti gli stadi del processo di lavoro delle data manager e delle infermiere di ricerca; 2. Aggiornamento sistematico del database GRCT ; 3. Avvio, in collaborazione con il Servizio Formazione, di un corso di formazione per i giovani ricercatori con crediti ECM con l'obiettivo di generare studi clinici basati su principi di ricerca traslazionale.

1. Stesura dei processi e delle procedure operative standard relative alle attività delle data manager/infermiere di ricerca; 2. Aggiornamento continuo delle informazioni nel DB GRCT; 3. Formazione di un gruppo di giovani ricercatori con diverse competenze

100,00% 10,00%

L'obiettivo correlato alle RAR o alla produttività strategica potrebbe essere modificato in seguito agli accordi sottoscritti con le OO.SS.

1. La stesura dei processi e delle procedure operative standard relative alle attività delle data manager/infermiere è in progress. Nel 2011 è stato prodotto un elenco di tutte SOP, descritte le prime due SOP e progettata la scheda di prevalutazione studio. Nel 2012 sono state completate altre 4 SOP. Sono in fase di allestimento altre 3 SOP.
2. Le DM aggiornano regolarmente il database. Sono stati inseriti tutti i pazienti arruolati negli studi clinici nel 2012.
3. In data 17 maggio, 14 giugno e 12 luglio si è regolarmente svolto l'evento formativo "dal quesito clinico alla ricerca traslazionale: incontri guidati tra clinici e ricercatori di base". All'evento hanno partecipato sia clinici che ricercatori di base (vedi nota prot. 1120/D del 21.01.2013).

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR prod. strategica	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
rilevazione della qualità percepita: indagine ai pazienti (con attenzione ai pazienti di altra nazionalità) e indagine agli operatori CRO e ai mediatori culturali	1. somministrazione del questionario ai pazienti, agli operatori e ai mediatori culturali; 2. input dati	evidenza della realizzazione degli indicatori	100,00%	10,00%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<p>Effettuato somministrazione questionari online per quanto riguarda gli operatori ed elaborazione dati relativi a 199 questionari compilati; coadiuvato somministrazione per quanto riguarda la somministrazione dei questionari ai pazienti ambulatoriali: n 938 restituiti alla prima somministrazione; circa 1060 complessivamente relativi alle somministrazioni di settembre e novembre 2012. Somministrazione questionari ai mediatori culturali effettuata, restituiti n. 10. Input dati effettuata per tutti i questionari.</p>							
Promozione dei processi di trasferimento tecnologico	1. Organizzazione di un incontro presso il CRO aperto alle imprese di settore; 2. Pubblicazione divulgativa sul trasferimento tecnologico al CRO	1. Evidenza celebrazione di un Forum CRO-Industria; 2. Pubblicazione/articolo su rivista specializzata in innovazione aziendale	100,00%	8,00%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<p><i>L'obiettivo correlato alle RAR o alla produttività strategica potrebbe essere modificato in seguito agli accordi sottoscritti con le OO.SS.</i></p> <p>1. In data 14 dicembre 2012 al CRO di Aviano si è svolto l'evento "CRO incontra impresa".2. E' stata realizzata la pubblicazione (vedi nota prot. 1120/D del 21.01.2013).</p>							
Gestione Core Facilities	Visibilità esterna e utilizzo all'interno tramite l'elaborazione di pagina internet per la gestione online della CF	Realizzazione e aggiornamento della pagina nell'area internet del CRO	100,00%	8,00%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<p><i>L'obiettivo correlato alle RAR o alla produttività strategica potrebbe essere modificato in seguito agli accordi sottoscritti con le OO.SS.</i></p> <p>La pagina è stata realizzata. I contenuti, tuttavia, non sono ancora pronti: si veda corrispondenza intercorsa tra il Direttore Scientifico e Direttore Generale (nota del Direttore Generale n.16985/DG del 5 novembre 2012 e nota del Direttore Scientifico n.15015/D del 5 ottobre 2012). Con Verbale n. 10 del 20/05/2013 l'OIVP prende atto della nota prot.n. 1120/D del 21/01/13 a firma del Direttore Scientifico, che condivide per quanto attiene al comparto, e pertanto considera l'obiettivo raggiunto al 100%.</p>							
Gestione dei rapporti internazionali	1. gestione dei contatti con i componenti del Comitato, dei viaggi, del soggiorno e delle pratiche di rimborso spese; 2. collaborazione con i ricercatori per la stesura del programma	Realizzazione di un incontro di carattere internazionale a settembre 2012	100,00%	10,00%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<p>In data 17-18 settembre 2012 si è svolto l'evento formativo IRCCRO_00493 "Il comitato scientifico internazionale in visita al CRO: confronto con i ricercatori e valutazione della qualità della ricerca traslazionale".</p>							
Ricerca finalizzata	Mantenimento della percentuale dei finanziamenti ottenuti sui progetti presentati	Monitoraggio delle sottomissioni e del numero di progetti finanziati	100,00%	8,00%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<p>Viene costantemente effettuato il monitoraggio delle sottomissioni. A ottobre 2012 è stata lanciata una "azione preventiva" come da percorso "qualità" della Direzione Scientifica (Azione Preventiva n.23) per il controllo dell'efficacia progettuale (vedi nota prot. 1120/D del 21.01.2013). Nel 2012 la percentuale di finanziamenti ottenuti sui progetti presentati è pari al 63,16% rispetto al 57,39% del 2011.</p>							

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione		
			retr. risultato	RAR prod. strategica	respons.	individ.	
Grado di Raggiungimento							
Campagna 5xMille	Esecuzione della campagna 5xMille 2012	1. Invio di locandine e brochure agli ordini professionali dei commercialisti delle Province di Pordenone, Udine e Treviso; 2. Realizzazione pubblicità sulla stampa (almeno due giornali)	100,00%	8,00%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<p><i>L'obiettivo correlato alle RAR o alla produttività strategica potrebbe essere modificato in seguito agli accordi sottoscritti con le OO.SS.</i></p> <p>1. Sono state inviate locandine e brochure ai commercialisti delle Province di Pordenone (576 indirizzi), Udine (249 indirizzi), Treviso (312 indirizzi); Trieste (108 indirizzi) e Belluno (66 indirizzi).</p> <p>2. Sono stati pubblicati messaggi pubblicitari sul quotidiano Messaggero Veneto nei giorni 21, 28 aprile e 5, 12 maggio 2012, sul quotidiano Il Gazzettino nelle giornate 21, 22, 28, 29 aprile e 5, 6, 12, 13 maggio 2012, sul settimanale Il Popolo il 6 maggio 2012 e sul Vademecum Strada Amica, allegato al Messaggero Veneto del 30 aprile 2012 (vedi nota prot. 1120/D del 21.01.2013).</p>							
Programma Young Investigators (YRCA)	Supporto alle attività degli Young Investigators	1. Realizzazione di un evento; 2. Convocazione riunioni periodiche (almeno 4)	100,00%	10,00%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<p>1. In data 12-13 aprile 2012 si è svolto l'evento "Giornata del Giovane Ricercatore" dal titolo YRCA Young Researcher at CRO Aviano. La presenza di due speaker internazionali, il Dott.re Renè Bernards, che lavora presso l'Istituto Olandese per la lotta contro il cancro e la Dott.ssa Mirna Perez-Moreno, che lavora presso il corrispettivo Istituto Spagnolo, hanno offerto visibilità all'evento. Un concorso sponsorizzato ha premiato idee progettuali presentate dai giovani del CRO.</p> <p>2. Si sono svolte cinque riunioni in data: 17/2/2012; 21/6/2012; 19/10/2012; 26/11/2012; 17/12/2012.</p>							
Prosecuzione progetto "Patient education"	1. realizzazione di 1 evento ECM nel percorso di medicina narrativa; 2. realizzazione di un concorso letterario per pazienti	evidenza della realizzazione degli indicatori	100,00%	10,00%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<p>1. realizzato n. 1 convegno di medicina narrativa il 12 ottobre 2012; 2. realizzato n. 1 concorso letterario rivolto ai pazienti dal titolo "Scriviamoci con cura. Pazienti oncologici raccontano come levare l'ancora con la scrittura. Intonazione all'estate che arriva". Bando chiuso il 30 agosto 2012. Partecipato n. 39 candidati. Effettuata selezione dei primi classificati tramite regolare giuria in base ai requisiti specificati nel bando. Realizzato libro contenente le opere selezionate e presentato ad Aviano il 16 dicembre 2012</p>							
biblioteca medica virtuale di area vasta	n. 1 catalogo collettivo di area vasta dei periodici delle 3 biblioteche, con software e interfaccia unici	accesso, sia differenziato per struttura sia unificato, al catalogo di area vasta pordenonese dei periodici biomedici entro il 30 novembre 2012	in linea	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<p><i>L'obiettivo correlato alle RAR o alla produttività strategica potrebbe essere modificato in seguito agli accordi sottoscritti con le OO.SS.</i></p> <p>Realizzato n. 1 catalogo collettivo di area vasta dei periodici delle 3 biblioteche, con software e interfaccia unici (vedi nota prot. 120/D del 21.03.2013)</p>							

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2012	Incentivazione		Valutazione	
			retr. risultato	RAR prod. strategica	respons.	individ.
Grado di Raggiungimento						
oblazioni	-adozione di n. 4 delibere; - predisposizione delle lettere di ringraziamento relative alle prime 3 delibere dell'anno 2012 (dalla valutazione sono escluse le donazioni che non riportano i dati anagrafici del donatore)	evidenza dell'indicatore	in linea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<p><i>L'obiettivo correlato alle RAR o alla produttività strategica potrebbe essere modificato in seguito agli accordi sottoscritti con le OO.SS.</i></p> <p>1. sono state adottate 4 delibere del Direttore Scientifico: n. 98 del 20.04.2012, n. 121 del 10.05.2012, n. 201 del 24/8/2012 e n. 267 del 27/11/2012.</p> <p>2. A seguito della deliberazione del Direttore Scientifico n. 121/Sc del 10/5/2012 - relativa alle oblazioni di gennaio, febbraio e marzo - sono state inviate tutte le 160 lettere di ringraziamento di cui si aveva il recapito. Per la deliberazione del Direttore Scientifico n. 201/Sc del 24/8/2012 - relativa alle oblazioni di aprile, maggio e giugno - sono state inviate tutte le 142 lettere di ringraziamento di cui si aveva il recapito. Infine per la deliberazione del Direttore Scientifico n. 267/Sc del 27/11/2012 - relativa alle oblazioni di luglio, agosto, settembre - sono state inviate tutte le 129 lettere di ringraziamento di cui si aveva il recapito.</p>						
Totale raggiungimento obiettivi valutati			100,00%	100,00%		

Elenco firmatari

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

Questo documento è stato firmato da:

NOME: CRISTINA ANDRETTA

CODICE FISCALE: NDRCST65R67G888L

DATA FIRMA: 04/12/2013 11:13:31

IMPRONTA: C45F84304F018C6EA9AB403C96223E867F179E442B437FA3CB94BC10635A299D
7F179E442B437FA3CB94BC10635A299D444059056CF28E25A37B0053EB685317
444059056CF28E25A37B0053EB685317CA649CEA9AF82CED35DFAD249EF7A08F
CA649CEA9AF82CED35DFAD249EF7A08FAA301A2AB10463C5E2F761B6A68162FC

NOME: RAFFAELLA CATTARUZZA

CODICE FISCALE: CTTRFL70L64A5160

DATA FIRMA: 04/12/2013 11:55:48

IMPRONTA: 54AC3A6D693E65BFF744210D0AC02229E2008FFA048C95358441CA789F21C6B4
E2008FFA048C95358441CA789F21C6B44C1F13C9D4D9FE7212EBE43BD4C3E038
4C1F13C9D4D9FE7212EBE43BD4C3E0388009DA66E1B3281018B41CBEF7C8186F
8009DA66E1B3281018B41CBEF7C8186F96320DBA9C9EE0FE81FD65647E723446

NOME: ALESSANDRO FALDON

CODICE FISCALE: FLDLSN63E04C957S

DATA FIRMA: 04/12/2013 12:08:06

IMPRONTA: A2D3A9CE08DBBB4626FBBB61499ACA9959E5C64835B9ADC82B7AA2228EA5C3FC
59E5C64835B9ADC82B7AA2228EA5C3FC91C3BF7DBF64F7836B9F0255F4DB97BC
91C3BF7DBF64F7836B9F0255F4DB97BC970215DD7C3B975B181BA78050BB8CFC
970215DD7C3B975B181BA78050BB8CFC1FF7892A4AC4E596321C229B17412C8F