

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA

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

CENTRO DI RIFERIMENTO
ONCOLOGICO



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

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N° **160** DEL **08/07/2016**

OGGETTO

PRESA ATTO VALUTAZIONE ANNUALE OBIETTIVI DI BUDGET ANNO 2015.

IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Ing. Mario Tubertini

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

OGGETTO: Presa atto valutazione annuale obiettivi di budget anno 2015.

IL DIRETTORE GENERALE

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

Preso atto:

- che con deliberazione del direttore generale n. 103 del 21.04.2015 sono stati approvati il percorso e le schede di budget anno 2015;
- che con deliberazione del direttore generale n. 245 del 26.11.2015 sono state recepite le modifiche agli obiettivi/indicatori/risultati attesi negoziate in sede di revisione di budget;

Considerato che l'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance (OIVP), nella seduta del 03.11.2015 ha esaminato e valutato il monitoraggio infrannuale del budget e che nelle giornate del 30.05.2016 e del 23.06.2016 ha provveduto a analizzare e validare i risultati finali ottenuti dalla diverse unità di budget (verbali n. 10, n. 12 e n. 13 agli atti della SOSD Controllo di Gestione);

Considerato che l'OIVP, nella riunione del 23.06.2016, ha esaminato l'iter di valutazione individuale del personale del comparto per l'anno 2015 e ha confermato la valutazione positiva di prima istanza (verbale n. 13 agli atti della SOSD Controllo di Gestione);

Precisato che è ancora in corso la valutazione individuale del personale della dirigenza medica e SPTA;

Ritenuto, sulla base dei suddetti verbali e della documentazione sopraccitata, di prendere atto dei risultati finali della valutazione annuale degli obiettivi di budget riportati nell'allegato 1 alla presente deliberazione;

Preso atto del visto del Direttore della SOC Gestione risorse Economico Finanziarie che attesta la regolarità contabile del presente provvedimento;

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

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

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

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

acquisito, per quanto di rispettiva competenza, il parere favorevole:

del Direttore Sanitario, Dott.ssa Valentina Solfrini,
del Direttore Amministrativo, Dott. Renzo Alessi
e del Direttore Scientifico, Dott. Paolo De Paoli

D E L I B E R A

1. di prendere atto, sulla base di quanto verbalizzato dall'OIVP nei verbali n. 12 del 30.05.2016 e n.13 del 23.06.2016, della valutazione finale degli obiettivi di budget (Allegato – Valutazione annuale schede di budget 2015) e delle schede di valutazione individuale del personale del comparto;
2. di autorizzare la corresponsione della quota correlata alla produttività a favore del personale del comparto per il quale si è concluso il percorso di valutazione individuale;
3. di vincolare la corresponsione della quota correlata alla retribuzione di risultato della dirigenza medica e SPTA alla conclusione del percorso di valutazione individuale della dirigenza;
4. di precisare che la liquidazione è proporzionata al grado di raggiungimento degli obiettivi di budget e sulla base dei criteri stabiliti dagli accordi integrativi di lavoro.

Allegati n. 1

- Valutazione annuale schede di budget 2015

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 ANDREETTA

CODICE FISCALE: NDRCST65R67G888L

DATA FIRMA: 06/07/2016 12:00:30

IMPRONTA: 0CAC6CB64A5379EE931E6EC262379F8DBAAC6539B71527149D3DE89F990BF024
BAAC6539B71527149D3DE89F990BF024564281410560F2AE3C104CCFF7237850
564281410560F2AE3C104CCFF7237850FE0D7AF7C7AB13C98D5F6FCC4AE1C3B5
FE0D7AF7C7AB13C98D5F6FCC4AE1C3B528BF44E4937D5862750A3D2E3E151BF2

NOME: RAFFAELLA CATTARUZZA

CODICE FISCALE: CTTRFL70L64A5160

DATA FIRMA: 06/07/2016 17:05:26

IMPRONTA: C621934D54106C5F7B16E699F01C003B4E1FF706719FE54D823561E1E0A8AF3D
4E1FF706719FE54D823561E1E0A8AF3DAAD81575EBCE9C5311D2FE6885167B4E
AAD81575EBCE9C5311D2FE6885167B4E41322C625818A5F79BE5B638395E4779
41322C625818A5F79BE5B638395E4779F490E40071F01E69CAAC9448E1DCD604

NOME: PAOLO DE PAOLI

CODICE FISCALE: DPLPLA55S18L483A

DATA FIRMA: 08/07/2016 16:14:16

IMPRONTA: DD54EAE392B83F4D8A2A987047FF3051A977FF85494F2DFBAF28F1F6BF4EF1C8
A977FF85494F2DFBAF28F1F6BF4EF1C8B3AC69B9958B690A31424A7C0641518C
B3AC69B9958B690A31424A7C0641518C8C9B7F45FA1FBB828EF04443F3437C25
8C9B7F45FA1FBB828EF04443F3437C25626E6162785E1C8C523020129BADA5C8

NOME: RENZO ALESSI

CODICE FISCALE: LSSRNZ55C20G2240

DATA FIRMA: 08/07/2016 16:49:16

IMPRONTA: C7F93D2335C09BF8BC8AF3431A92D53F0396D38796DFEA905F1D5D64BA3C90B8
0396D38796DFEA905F1D5D64BA3C90B86266450110346F3FAC2302588BD7E96E
6266450110346F3FAC2302588BD7E96E89F09D8CDADEE6F40D4DEA1FEDE9E141
89F09D8CDADEE6F40D4DEA1FEDE9E1412B2BD137B19763CB55A2DEC14FB9FB31

NOME: VALENTINA SOLFRINI

CODICE FISCALE: SLFVNT64A53F257E

DATA FIRMA: 08/07/2016 16:54:10

IMPRONTA: 4ABF6E03AEE1B17D98C9FA75B73B879B0A191D0E373A4878AC51BCBB30E50E4D
0A191D0E373A4878AC51BCBB30E50E4D8308FF6CE6DC884F106FD0333F2D004E
8308FF6CE6DC884F106FD0333F2D004EC1FF28CC6109970459AFF4A4EE1B46E8
C1FF28CC6109970459AFF4A4EE1B46E8E68880ECE0F25DBE30938157A3E50380

NOME: MARIO TUBERTINI

CODICE FISCALE: TBRMRA55P23C265V

DATA FIRMA: 08/07/2016 16:58:41

IMPRONTA: 419258A4226B1BBD722573933C82B6E8324CDA1FB0381B5D4E0290324C27AF6A
324CDA1FB0381B5D4E0290324C27AF6A92B54AEB67810FC613BB3DDAF0FC88E7
92B54AEB67810FC613BB3DDAF0FC88E754282B6B2C70978A682021880BF7BAEB
54282B6B2C70978A682021880BF7BAEB3B118C8F26BAFC7A6724EF5449EB4501



Centro di Riferimento Oncologico - AVIANO

Valutazione annuale schede di budget 2015

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). In questo contesto viene assegnato un budget di contenimento dei consumi di prodotti farmaceutici il cui raggiungimento rappresenta la precondizione per la valutazione degli altri obiettivi legati alla retribuzione di risultato dei direttori di struttura complessa e semplice dipartimentale. Verrà ritenuto risultato negativo uno scostamento > dell'5% sui costi comuni e sui costi propri rispetto al valore di budget.

Approvato dall'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance con Verbali n. 12 del 30/5/16 e n. 13 del 23/06/16

OBIETTIVI INCENTIVATI			Incentivazione: PESI	
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	dirigenza	
			direttore	dirigenti
obiettivo aziendale				
Definizione di nuovi percorsi di patologia (PDTA), con particolare riferimento a ca gastrico, testa/collo e sarcoma	predisposizione del documento finale di analisi del PDTA	entro il 31.12	5%	5%
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
<p>Con nota prot. 7675 del 06.05.2016 sono stati formalmente inviati alla direzione centrale salute il PDTA ca gastrico e il PDTA testa/collo.</p> <p>Per quanto riguarda il PDTA sarcoma si evidenzia che il percorso è stato predisposto ma è incompleto (mail dell'UGRCA del 04.05.2016)</p> <p>La Direzione ritiene di valutare l'obiettivo raggiunto al 100%</p> <p>L'OIVP prende atto che la Direzione ha ritenuto di valutare l'obiettivo come raggiunto al 100% pur verificando l'incompleta definizione del percorso (Verbale n. 12 OIVP in data 30.05.16)</p>			100,00%	
obiettivo aziendale				
Percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA) rivisti nel corso del 2014: - colon retto - ovaio - mammella - melanoma	studio di fattibilità sui singoli indicatori, con l'individuazione del metodo e responsabili della rilevazione e sperimentazione di almeno 2	evidenza della realizzazione degli indicatori	5%	5%
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
L'Ufficio Unità per la gestione del rischio clinico e l'accreditamento con mail del 04.05.2016 ha comunicato che per tutti i percorsi (colon retto, ovaio, mammella e melanoma) è stato effettuato lo studio di fattibilità sugli indicatori.			100,00%	
obiettivo comune con le oncologie e tcad				
Miglioramento dell'appropriatezza delle SDO (indicatori LEA e del piano annuale dei controlli)	1. % di ricoveri ordinari medici brevi (0-2 giorni) 2. % di DRG inappropriati (ricoveri ordinari) eventuali altri indicatori individuati nel corso del 2015	1. < 30% (nel pao < 15%, dato 2014 oncologie 45%) 2. < 30% (media regionale 13, dato 2014 oncologie 36,62%)	10%	10%
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
<p>L'obiettivo viene valutato separatamente dal tcad.</p> <p>1. 45,33% (riparametrizzato il raggiungimento diventa: 48,89%) 2. 39,49% (riparametrizzato il raggiungimento diventa 68,38%). La media del raggiungimento è pari a: 58,64%</p>			58,64%	
obiettivo comune oncologie				

OBIETTIVI INCENTIVATI			Incentivazione: PESI	
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	dirigenza	
			direttore	dirigenti
Garantire i volumi (valore) dell'attività di ricovero e ambulatoriale del 2014	valore ricoveri e valore ambulatoriale delle strutture di oncologia A, B e C (applicazione tariffario regionale). Il risultato viene valutato come segue: valore ≥ 95% = 100% valore ≥ 90% e < 95% = 90% valore ≥ 75% e < 90% = 50% valore < 75% = 0%	€ 10.600.000 Valore 2014: € 10.608.884	40%	40%
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
€ 10.259.873 Grado di raggiungimento: 96,79%			100,00%	
obiettivo dipartimentale				
Pubblicazioni scientifiche	punti di impact factor normalizzato. L'obiettivo è valutato secondo il criterio di proporzionalità con soglia minima dell'80%.	valore dipartimentale: 164	20%	20%
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
165,5			100,00%	
obiettivo di struttura				
Variabili attività scientifica (Allegato 1)	punti attività scientifica della struttura operativa. I punteggi realizzati vengono valutati come segue: un punteggio > = 4 punti = 100% un punteggio < 1 punti = 0 il restante = 80%	punteggio ≥ 4	5%	5%
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
30 punti			100,00%	
obiettivo di struttura				
Adozione di politiche del farmaco con particolare riferimento ai farmaci ad alto costo in accordo al Choosing Wisely dell'ASCO	1. aggiornamento delle linee guida elaborate nel 2014 (per le seguenti patologie: polmone, colon retto, linfomi, mieloma, mammella e HIV) e predisposizione ulteriori linee (per le seguenti patologie: ovaio e melanoma). 2. % di appropriatezza dei cicli prescritti	1. sono definite le linee guida per la prescrizione dei farmaci ad alto costo individuati entro il mese di giugno 2. almeno il 95% per le linee guida elaborate nel 2014 e almeno il 95% a partire da agosto per le linee guida elaborate nel 2015	5%	5%
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
1. con nota del 29.06 (prot. 12689) sono state trasmesse le linee guida interne per la razionalizzazione dell'utilizzo dei farmaci ad alto costo. 2. monitoraggio del direttore della SOC di farmacia (prot. 13 del 25.01.2016): 98,6%			100,00%	
obiettivo comune oncologie				

OBIETTIVI INCENTIVATI			Incentivazione: PESI	
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	dirigenza	
			direttore	dirigenti
Partecipazione ai corsi di formazione in tema di comunicazione da parte dei medici del DH oncologico	% di partecipazione	almeno 50% dei medici del DH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox" value="5%"/>
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
il corso è stato organizzato nelle giornate del 24-25-28-29 settembre 2015, dalle ore 14.00 alle ore 18.00. La partecipazione è pari a 53,33%.			100,00%	
obiettivo comune oncologie				
Riorganizzazione dell'attività DH e ambulatoriale	creazione di un'unica agenda di prenotazione per le visite di follow-up delle strutture di oncologia	realizzazione dell'indicatore	<input type="checkbox" value="10%"/>	<input type="checkbox" value="5%"/>
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
l'agenda è stata creata per il 2016			100,00%	

OBIETTIVI DI VALUTAZIONE			Valutazione	
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	dirigenza	
			direttore	dirigenti
obiettivo comune oncologie				
Complessità della casistica trattata per i ricoveri ordinari	valore del peso medio dei ricoveri ordinari delle strutture di oncologia	valore non inferiore a 0,96 Valore 2014: 0,92	<input type="checkbox" value="x"/>	<input type="checkbox" value="x"/>
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
Anno 2015: 0,93			non in linea	
obiettivo di struttura				
Partecipazione ad attività formative in tema di prevenzione della corruzione	partecipazione ad almeno 1 evento formativo aziendale/regionale in materia di prevenzione della corruzione da parte dei responsabili di struttura complessa e semplice dipartimentale	partecipazione ad almeno un evento	<input type="checkbox" value="x"/>	<input type="checkbox"/>
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
Il responsabile della struttura non ha partecipato alla formazione svolta nelle giornate del 17 e 18 Dicembre			non in linea	
obiettivo di struttura				

OBIETTIVI DI VALUTAZIONE			Valutazione	
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	dirigenza	
			direttore	dirigenti
Garantire le registrazioni nel RFOM per i farmaci soggetti a monitoraggio AIFA	% di inserimento nel RFOM delle informazioni previste: registrazione, diagnosi, richieste di farmaco, effetti indesiderati, rivalutazione dello stato di malattia e fine trattamento.	100% di informazioni inserite secondo le indicazioni AIFA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
OMA e alte dosi: il monitoraggio della soc di farmacia ha evidenziato una completezza delle registrazioni inferiore al 100% (mail della farmacia del 15.04.2016)			non in linea	
obiettivo di struttura				
Implementazione delle cartelle oncologiche informatizzate	- % di cartelle implementate relativamente ad almeno questi campi: protocollo/farmaco, diagnosi/sede, stadiazione.	≥ almeno il 95% dei pazienti	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
96,26%			in linea	
obiettivo comune oncologie e tcad				
Applicazione della procedura di ricognizione e riconciliazione farmacologica nell'area delle degenze mediche	adozione della nuova modulistica (grafica/SUT del ricovero integrata con scheda riconciliazione) e sua sperimentazione.	produzione di una relazione al 31.12 sulle criticità ed eventuali modifiche da apportare alla modulistica adottata	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
Con nota Prot.3/Dip.OM del 15/1/16 la Posizione Organizzativa del dipartimento ha relazionato le attività effettuate. Il materiale in uso è stato valutato positivamente anche dall'Unità Gestione Rischio Clinico e Accreditamento (comunicazione mail del 04.05.2016).			in linea	
obiettivo comune oncologie e tcad				
Implementazione del Protocollo Scientifico Behavior Based Safety (B-BS) nel dipartimento medico	% di partecipazione del personale del Dipartimento, agli incontri propedeutici all'applicazione del protocollo BBS	non inferiore a 50%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
Con mail del 02/2/16 il responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione aziendale conferma quanto rendicontato con nota Prot.2/Dip.OM del 13/1/16 dalla Posizione Organizzativa del dipartimento, che attesta che l'adesione agli incontri è stata pari all'80%			in linea	
obiettivo di struttura				

OBIETTIVI DI VALUTAZIONE			Valutazione	
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	dirigenza	
			direttore	dirigenti
Gestire le ferie del personale della dirigenza	<p>Il risultato atteso è calcolato in questo modo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - per il personale con residuo ferie al 1/1/15 >6 gg: ridurre il residuo di almeno il 5% - il personale con residuo ferie al 1/1/15 ≤6 gg può al massimo mantenere al 31.12.2015 un residuo ferie ≤ 6 giorni. <p>La valutazione è effettuata a livello complessivo. Nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), ovvero di altri fattori di criticità che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso.</p>	proseguire nel percorso di abbattimento del residuo ferie.	X	X

Monitoraggio	Grado di Raggiungimento
<p>Obiettivo: 398 giornate Ferie 2015: 340 giornate (Grado Ragg.to: 85,4%) La nuova Direzione ha ritenuto di fare una valutazione aziendale e di dare priorità ai tempi d'attesa e all'incremento dei volumi di attività. L'obiettivo viene pertanto ritenuto non valutabile per l'anno 2015. L'OIVP prende atto che il mancato raggiungimento dell'obiettivo delle ferie deriva da sopravvenute indicazioni strategiche da parte della nuova Direzione e pertanto conferma la valutazione proposta (Verbale n. 13 OIVP in data 23.06.16)</p>	non valutabile

obiettivo comune oncologie				
Rispettare il budget assegnato per i prodotti farmaceutici	<p>importo dei consumi assegnato complessivamente alle strutture operative di oncologia Le modalità di valutazione del responsabile di struttura sono riportate nella premessa della scheda di budget</p>	<p>€ 1.350.000 costi comuni delle oncologie e delle alte dosi € 13.470.000 costi comuni oncologie Sono esclusi i tumori rari on-label (con tolleranza del -5% sia per i consumi diretti che per quelli comuni dipartimentali).</p>	X	X

Monitoraggio	Grado di Raggiungimento
<p>costi comuni: € 1.231.565 consumi diretti: € 14.990.253 Escludendo i tumori rari rendicontati dal direttore della SOC di farmacia con mail del 04.04.2016, il consumo è pari a € 14.075.931. Lo scostamento è del 4,5% e rimane all'interno del margine di tolleranza.</p>	in linea

obiettivo comune oncologie e tcad				
Rispettare il budget assegnato per i prodotti sanitari (esclusi farmaci)	<p>importo dei consumi assegnato complessivamente alle oncologie e alle alte dosi</p>	€ 470.000	X	X

Monitoraggio	Grado di Raggiungimento
Fondi Istituzionali: € 540.691	non in linea

SINTESI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI INCENTIVATI VALUTATI

	% raggiungimento obiettivi incentivati	% valutazione
personale dirigenza	95,86%	100%

La valutazione della precondizione è positiva (vedi monitoraggio riportato nell'obiettivo di budget "rispettare il budget assegnato per i prodotti farmaceutici")

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). In questo contesto viene assegnato un budget di contenimento dei consumi di prodotti farmaceutici il cui raggiungimento rappresenta la precondizione per la valutazione degli altri obiettivi legati alla retribuzione di risultato dei direttori di struttura complessa e semplice dipartimentale. Verrà ritenuto risultato negativo uno scostamento > dell'5% sui costi comuni e sui costi propri rispetto al valore di budget.

Approvato dall'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance con Verbali n. 12 del 30/5/16 e n. 13 del 23/06/16

OBIETTIVI INCENTIVATI			Incentivazione: PESI	
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	dirigenza	
			direttore	dirigenti
obiettivo aziendale				
Definizione di nuovi percorsi di patologia (PDTA), con particolare riferimento a ca gastrico, testa/collo e sarcoma	predisposizione del documento finale di analisi del PDTA	entro il 31.12	5%	5%
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
<p>Con nota prot. 7675 del 06.05.2016 sono stati formalmente inviati alla direzione centrale salute il PDTA ca gastrico e il PDTA testa/collo.</p> <p>Per quanto riguarda il PDTA sarcoma si evidenzia che il percorso è stato predisposto ma è incompleto (mail dell'UGRCA del 04.05.2016)</p> <p>La Direzione ritiene di valutare l'obiettivo raggiunto al 100%</p> <p>L'OIVP prende atto che la Direzione ha ritenuto di valutare l'obiettivo come raggiunto al 100% pur verificando l'incompleta definizione del percorso (Verbale n. 12 OIVP in data 30.05.16)</p>			100,00%	
obiettivo aziendale				
Percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA) rivisti nel corso del 2014: - colon retto - ovaio - mammella - melanoma	studio di fattibilità sui singoli indicatori, con l'individuazione del metodo e responsabili della rilevazione e sperimentazione di almeno 2	evidenza della realizzazione degli indicatori	5%	5%
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
L'Ufficio Unità per la gestione del rischio clinico e l'accreditamento con mail del 04.05.2016 ha comunicato che per tutti i percorsi (colon retto, ovaio, mammella e melanoma) è stato effettuato lo studio di fattibilità sugli indicatori.			100,00%	
obiettivo comune con le oncologie e tcad				
Miglioramento dell'appropriatezza delle SDO (indicatori LEA e del piano annuale dei controlli)	1. % di ricoveri ordinari medici brevi (0-2 giorni) 2. % di DRG inappropriati (ricoveri ordinari) eventuali altri indicatori individuati nel corso del 2015	1. < 30% (nel pao < 15%, dato 2014 oncologie 45%) 2. < 30% (media regionale 13, dato 2014 oncologie 36,62%)	10%	10%
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
<p>L'obiettivo viene valutato separatamente dal tcad.</p> <p>1. 45,33% (riparametrizzato il raggiungimento diventa: 48,89%) 2. 39,49% (riparametrizzato il raggiungimento diventa 68,38%). La media del raggiungimento è pari a: 58,64%</p>			58,64%	
obiettivo comune oncologie				

OBIETTIVI INCENTIVATI			Incentivazione: PESI	
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	dirigenza	
			direttore	dirigenti
Garantire i volumi (valore) dell'attività di ricovero e ambulatoriale del 2014	valore ricoveri e valore ambulatoriale delle strutture di oncologia A, B e C (applicazione tariffario regionale). Il risultato viene valutato come segue: valore ≥ 95% = 100% valore ≥ 90% e < 95% = 90% valore ≥ 75% e < 90% = 50% valore < 75% = 0%	€ 10.600.000 Valore 2014: € 10.608.884	40%	40%
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
€ 10.259.873 Grado di raggiungimento: 96,79%			100,00%	
obiettivo dipartimentale				
Pubblicazioni scientifiche	punti di impact factor normalizzato. L'obiettivo è valutato secondo il criterio di proporzionalità con soglia minima dell'80%.	valore dipartimentale: 164	20%	20%
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
165,5			100,00%	
obiettivo di struttura				
Variabili attività scientifica (Allegato 1)	punti attività scientifica della struttura operativa. I punteggi realizzati vengono valutati come segue: un punteggio > = 4 punti = 100% un punteggio < 1 punti = 0 il restante = 80%	punteggio ≥ 4	5%	5%
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
12,7 punti			100,00%	
obiettivo di struttura				
Adozione di politiche del farmaco con particolare riferimento ai farmaci ad alto costo in accordo al Choosing Wisely dell'ASCO	1. aggiornamento delle linee guida elaborate nel 2014 (per le seguenti patologie: polmone, colon retto, linfomi, mieloma, mammella e HIV) e predisposizione ulteriori linee (per le seguenti patologie: ovaio e melanoma). 2. % di appropriatezza dei cicli prescritti	1. sono definite le linee guida per la prescrizione dei farmaci ad alto costo individuati entro il mese di giugno 2. almeno il 95% per le linee guida elaborate nel 2014 e almeno il 95% a partire da agosto per le linee guida elaborate nel 2015	5%	5%
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
1. con nota del 29.06 (prot. 12689) sono state trasmesse le linee guida interne per la razionalizzazione dell'utilizzo dei farmaci ad alto costo. 2. monitoraggio del direttore della SOC di farmacia (prot. 13 del 25.01.2016): 97,4%			100,00%	
obiettivo comune oncologie				

OBIETTIVI INCENTIVATI			Incentivazione: PESI	
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	dirigenza	
			direttore	dirigenti
Partecipazione ai corsi di formazione in tema di comunicazione da parte dei medici del DH oncologico	% di partecipazione	almeno 50% dei medici del DH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				5%
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
il corso è stato organizzato nelle giornate del 24-25-28-29 settembre 2015, dalle ore 14.00 alle ore 18.00. La partecipazione è pari a 53,33%.			100,00%	

obiettivo comune oncologie				
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	dirigenza	
			10%	5%
Riorganizzazione dell'attività DH e ambulatoriale	creazione di un'unica agenda di prenotazione per le visite di follow-up delle strutture di oncologia	realizzazione dell'indicatore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
l'agenda è stata creata per il 2016			100,00%	

OBIETTIVI DI VALUTAZIONE			Valutazione	
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	dirigenza	
			direttore	dirigenti
obiettivo comune oncologie				
Complessità della casistica trattata per i ricoveri ordinari	valore del peso medio dei ricoveri ordinari delle strutture di oncologia	valore non inferiore a 0,96 Valore 2014: 0,92	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
Anno 2015: 0,93			non in linea	

obiettivo di struttura				
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	dirigenza	
			x	<input type="checkbox"/>
Partecipazione ad attività formative in tema di prevenzione della corruzione	partecipazione ad almeno 1 evento formativo aziendale/regionale in materia di prevenzione della corruzione da parte dei responsabili di struttura complessa e semplice dipartimentale	partecipazione ad almeno un evento	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
Il responsabile della struttura non ha partecipato alla formazione svolta nelle giornate del 17 e 18 Dicembre			non in linea	

obiettivo di struttura				
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	dirigenza	
			x	x
Garantire le registrazioni nel RFOM per i farmaci soggetti a monitoraggio AIFA	% di inserimento nel RFOM delle informazioni previste: registrazione, diagnosi, richieste di farmaco, effetti indesiderati, rivalutazione dello stato di malattia e fine trattamento.	100% di informazioni inserite secondo le indicazioni AIFA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
100% su 148 pazienti totali (nota prot. 09/F del 28.01.2016)			in linea	

OBIETTIVI DI VALUTAZIONE			Valutazione	
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	dirigenza	
			direttore	dirigenti
obiettivo di struttura				
Implementazione delle cartelle oncologiche informatizzate	- % di cartelle implementate relativamente ad almeno questi campi: protocollo/farmaco, diagnosi/sede, stadiazione.	≥ almeno il 95% dei pazienti	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
89,47%			non in linea	
obiettivo comune oncologie e tcad				
Applicazione della procedura di ricognizione e riconciliazione farmacologica nell'area delle degenze mediche	adozione della nuova modulistica (grafica/SUT del ricovero integrata con scheda riconciliazione) e sua sperimentazione.	produzione di una relazione al 31.12 sulle criticità ed eventuali modifiche da apportare alla modulistica adottata	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
Con nota Prot.3/Dip.OM del 15/1/16 la Posizione Organizzativa del dipartimento ha relazionato le attività effettuate. Il materiale in uso è stato valutato positivamente anche dall'Unità Gestione Rischio Clinico e Accreditamento (comunicazione mail del 04.05.2016).			in linea	
obiettivo comune oncologie e tcad				
Implementazione del Protocollo Scientifico Behavior Based Safety (B-BS) nel dipartimento medico	% di partecipazione del personale del Dipartimento, agli incontri propedeutici all'applicazione del protocollo BBS	non inferiore a 50%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
Con mail del 02/2/16 il responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione aziendale conferma quanto rendicontato con nota Prot.2/Dip.OM del 13/1/16 dalla Posizione Organizzativa del dipartimento, che attesta che l'adesione agli incontri è stata pari all'80%			in linea	
obiettivo di struttura				
Gestire le ferie del personale della dirigenza	Il risultato atteso è calcolato in questo modo: - per il personale con residuo ferie al 1/1/15 >6 gg: ridurre il residuo di almeno il 5% - il personale con residuo ferie al 1/1/15 ≤6 gg può al massimo mantenere al 31.12.2015 un residuo ferie ≤ 6 giorni. La valutazione è effettuata a livello complessivo. Nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), ovvero di altri fattori di criticità che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso.	perseguire nel percorso di abbattimento del residuo ferie.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
Obiettivo: 73 giornate Ferie 2015: 50 giornate (Grado Ragg.to: 68,5%) La nuova Direzione ha ritenuto di fare una valutazione aziendale e di dare priorità ai tempi d'attesa e all'incremento dei volumi di attività. L'obiettivo viene pertanto ritenuto non valutabile per l'anno 2015. L'OIVP prende atto che il mancato raggiungimento dell'obiettivo delle ferie deriva da sopravvenute indicazioni strategiche da parte della nuova Direzione e pertanto conferma la valutazione proposta (Verbale n. 13 OIVP in data 23.06.16)			non valutabile	
obiettivo comune oncologie				

OBIETTIVI DI VALUTAZIONE			Valutazione	
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	dirigenza	
			direttore	dirigenti
Rispettare il budget assegnato per i prodotti farmaceutici	importo dei consumi assegnato complessivamente alle strutture operative di oncologia Le modalità di valutazione del responsabile di struttura sono riportate nella premessa della scheda di budget	€ 1.350.000 costi comuni delle oncologie e delle alte dosi € 13.470.000 costi comuni oncologie Sono esclusi i tumori rari on-label (con tolleranza del -5% sia per i consumi diretti che per quelli comuni dipartimentali).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monitoraggio costi comuni: € 1.231.565 consumi diretti: € 14.990.253 Escludendo i tumori rari rendicontati dal direttore della SOC di farmacia con mail del 04.04.2016, il consumo è pari a € 14.075.931. Lo scostamento è del 4,5% e rimane all'interno del margine di tolleranza.			Grado di Raggiungimento <input type="checkbox"/> in linea	
obiettivo comune oncologie e tcad				
Rispettare il budget assegnato per i prodotti sanitari (esclusi farmaci)	importo dei consumi assegnato complessivamente alle oncologie e alle alte dosi	€ 470.000	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monitoraggio Fondi Istituzionali: € 540.691			Grado di Raggiungimento <input type="checkbox"/> non in linea	

SINTESI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI INCENTIVATI VALUTATI

	% raggiungimento obiettivi incentivati	% valutazione
personale dirigenza	95,86%	100%

La valutazione della preconditione è positiva (vedi monitoraggio riportato nell'obiettivo di budget "rispettare il budget assegnato per i prodotti farmaceutici")

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). In questo contesto viene assegnato un budget di contenimento dei consumi di prodotti farmaceutici il cui raggiungimento rappresenta la precondizione per la valutazione degli altri obiettivi legati alla retribuzione di risultato dei direttori di struttura complessa e semplice dipartimentale. Verrà ritenuto risultato negativo uno scostamento > dell'5% sui costi comuni e sui costi propri rispetto al valore di budget.

Approvato dall'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance con Verbali n. 12 del 30/5/16 e n. 13 del 23/06/16

OBIETTIVI INCENTIVATI			Incentivazione: PESI	
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	dirigenza	
			direttore	dirigenti
obiettivo aziendale				
Definizione di nuovi percorsi di patologia (PDTA), con particolare riferimento a ca gastrico, testa/collo e sarcoma	predisposizione del documento finale di analisi del PDTA	entro il 31.12	5%	5%
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
<p>Con nota prot. 7675 del 06.05.2016 sono stati formalmente inviati alla direzione centrale salute il PDTA ca gastrico e il PDTA testa/collo.</p> <p>Per quanto riguarda il PDTA sarcoma si evidenzia che il percorso è stato predisposto ma è incompleto (mail dell'UGRCA del 04.05.2016)</p> <p>La Direzione ritiene di valutare l'obiettivo raggiunto al 100%</p> <p>L'OIVP prende atto che la Direzione ha ritenuto di valutare l'obiettivo come raggiunto al 100% pur verificando l'incompleta definizione del percorso (Verbale n. 12 OIVP in data 30.05.16)</p>			100,00%	
obiettivo aziendale				
Percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA) rivisti nel corso del 2014: - colon retto - ovaio - mammella - melanoma	studio di fattibilità sui singoli indicatori, con l'individuazione del metodo e responsabili della rilevazione e sperimentazione di almeno 2	evidenza della realizzazione degli indicatori	5%	5%
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
L'Ufficio Unità per la gestione del rischio clinico e l'accreditamento con mail del 04.05.2016 ha comunicato che per tutti i percorsi (colon retto, ovaio, mammella e melanoma) è stato effettuato lo studio di fattibilità sugli indicatori.			100,00%	
obiettivo comune con le oncologie e tcad				
Miglioramento dell'appropriatezza delle SDO (indicatori LEA e del piano annuale dei controlli)	1. % di ricoveri ordinari medici brevi (0-2 giorni) 2. % di DRG inappropriati (ricoveri ordinari) eventuali altri indicatori individuati nel corso del 2015	1. < 30% (nel pao < 15%, dato 2014 oncologie 45%) 2. < 30% (media regionale 13, dato 2014 oncologie 36,62%)	10%	10%
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
<p>L'obiettivo viene valutato separatamente dal tcad.</p> <p>1. 45,33% (riparametrizzato il raggiungimento diventa: 48,89%) 2. 39,49% (riparametrizzato il raggiungimento diventa 68,38%). La media del raggiungimento è pari a: 58,64%</p>			58,64%	
obiettivo comune oncologie				

OBIETTIVI INCENTIVATI			Incentivazione: PESI	
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	dirigenza	
			direttore	dirigenti
Garantire i volumi (valore) dell'attività di ricovero e ambulatoriale del 2014	valore ricoveri e valore ambulatoriale delle strutture di oncologia A, B e C (applicazione tariffario regionale). Il risultato viene valutato come segue: valore ≥ 95% = 100% valore ≥ 90% e < 95% = 90% valore ≥ 75% e < 90% = 50% valore < 75% = 0%	€ 10.600.000 Valore 2014: € 10.608.884	40%	40%
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
€ 10.259.873 Grado di raggiungimento: 96,79%			100,00%	
obiettivo dipartimentale				
Pubblicazioni scientifiche	punti di impact factor normalizzato. L'obiettivo è valutato secondo il criterio di proporzionalità con soglia minima dell'80%.	valore dipartimentale: 164	20%	20%
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
165,5			100,00%	
obiettivo di struttura				
Variabili attività scientifica (Allegato 1)	punti attività scientifica della struttura operativa. I punteggi realizzati vengono valutati come segue: un punteggio > = 4 punti = 100% un punteggio < 1 punti = 0 il restante = 80%	punteggio ≥ 4	5%	5%
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
12 punti			100,00%	
obiettivo di struttura				
Adozione di politiche del farmaco con particolare riferimento ai farmaci ad alto costo in accordo al Choosing Wisely dell'ASCO	1. aggiornamento delle linee guida elaborate nel 2014 (per le seguenti patologie: polmone, colon retto, linfomi, mieloma, mammella e HIV) e predisposizione ulteriori linee (per le seguenti patologie: ovaio e melanoma). 2. % di appropriatezza dei cicli prescritti	1. sono definite le linee guida per la prescrizione dei farmaci ad alto costo individuati entro il mese di giugno 2. almeno il 95% per le linee guida elaborate nel 2014 e almeno il 95% a partire da agosto per le linee guida elaborate nel 2015	5%	5%
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
1. con nota del 29.06 (prot. 12689) sono state trasmesse le linee guida interne per la razionalizzazione dell'utilizzo dei farmaci ad alto costo. 2. monitoraggio del direttore della SOC di farmacia (prot. 13 del 25.01.2016): 100%			100,00%	
obiettivo comune oncologie				

OBIETTIVI INCENTIVATI			Incentivazione: PESI	
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	dirigenza	
			direttore	dirigenti
Partecipazione ai corsi di formazione in tema di comunicazione da parte dei medici del DH oncologico	% di partecipazione	almeno 50% dei medici del DH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				5%
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
il corso è stato organizzato nelle giornate del 24-25-28-29 settembre 2015, dalle ore 14.00 alle ore 18.00. La partecipazione è pari a 53,33%.			100,00%	

obiettivo comune oncologie				
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	dirigenza	
			10%	5%
Riorganizzazione dell'attività DH e ambulatoriale	creazione di un'unica agenda di prenotazione per le visite di follow-up delle strutture di oncologia	realizzazione dell'indicatore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
l'agenda è stata creata per il 2016			100,00%	

OBIETTIVI DI VALUTAZIONE			Valutazione	
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	dirigenza	
			direttore	dirigenti
obiettivo comune oncologie				
Complessità della casistica trattata per i ricoveri ordinari	valore del peso medio dei ricoveri ordinari delle strutture di oncologia	valore non inferiore a 0,96 Valore 2014: 0,92	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
Anno 2015: 0,93			non in linea	

obiettivo di struttura				
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	dirigenza	
			x	<input type="checkbox"/>
Partecipazione ad attività formative in tema di prevenzione della corruzione	partecipazione ad almeno 1 evento formativo aziendale/regionale in materia di prevenzione della corruzione da parte dei responsabili di struttura complessa e semplice dipartimentale	partecipazione ad almeno un evento	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
Il responsabile della struttura non ha partecipato alla formazione svolta nelle giornate del 17 e 18 Dicembre			non in linea	
obiettivo di struttura				

OBIETTIVI DI VALUTAZIONE			Valutazione	
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	dirigenza	
			direttore	dirigenti
Garantire le registrazioni nel RFOM per i farmaci soggetti a monitoraggio AIFA	% di inserimento nel RFOM delle informazioni previste: registrazione, diagnosi, richieste di farmaco, effetti indesiderati, rivalutazione dello stato di malattia e fine trattamento.	100% di informazioni inserite secondo le indicazioni AIFA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
88% su 150 pazienti totali (nota prot. 6/F del 28.01.2016)			non in linea	
obiettivo di struttura				
Implementazione delle cartelle oncologiche informatizzate	- % di cartelle implementate relativamente ad almeno questi campi: protocollo/farmaco, diagnosi/sede, stadiazione.	≥ almeno il 95% dei pazienti	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
99,31%			in linea	
obiettivo comune oncologie e tcad				
Applicazione della procedura di ricognizione e riconciliazione farmacologica nell'area delle degenze mediche	adozione della nuova modulistica (grafica/SUT del ricovero integrata con scheda riconciliazione) e sua sperimentazione.	produzione di una relazione al 31.12 sulle criticità ed eventuali modifiche da apportare alla modulistica adottata	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
Con nota Prot.3/Dip.OM del 15/1/16 la Posizione Organizzativa del dipartimento ha relazionato le attività effettuate. Il materiale in uso è stato valutato positivamente anche dall'Unità Gestione Rischio Clinico e Accredimento (comunicazione mail del 04.05.2016).			in linea	
obiettivo comune oncologie e tcad				
Implementazione del Protocollo Scientifico Behavior Based Safety (B-BS) nel dipartimento medico	% di partecipazione del personale del Dipartimento, agli incontri propedeutici all'applicazione del protocollo BBS	non inferiore a 50%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
Con mail del 02/2/16 il responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione aziendale conferma quanto rendicontato con nota Prot.2/Dip.OM del 13/1/16 dalla Posizione Organizzativa del dipartimento, che attesta che l'adesione agli incontri è stata pari all'80%			in linea	
obiettivo di struttura				

OBIETTIVI DI VALUTAZIONE			Valutazione	
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	dirigenza	
			direttore	dirigenti
Gestire le ferie del personale della dirigenza	<p>Il risultato atteso è calcolato in questo modo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - per il personale con residuo ferie al 1/1/15 >6 gg: ridurre il residuo di almeno il 5% - il personale con residuo ferie al 1/1/15 ≤6 gg può al massimo mantenere al 31.12.2015 un residuo ferie ≤ 6 giorni. <p>La valutazione è effettuata a livello complessivo. Nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), ovvero di altri fattori di criticità che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso.</p>	proseguire nel percorso di abbattimento del residuo ferie.	X	X

Monitoraggio	Grado di Raggiungimento
<p>Obiettivo: 314 giornate</p> <p>Ferie 2015: 336 giornate</p>	in linea

obiettivo comune oncologie

Rispettare il budget assegnato per i prodotti farmaceutici	<p>importo dei consumi assegnato complessivamente alle strutture operative di oncologia</p> <p>Le modalità di valutazione del responsabile di struttura sono riportate nella premessa della scheda di budget</p>	<p>€ 1.350.000 costi comuni delle oncologie e delle alte dosi</p> <p>€ 13.470.000 costi comuni oncologie</p> <p>Sono esclusi i tumori rari on-label (con tolleranza del -5% sia per i consumi diretti che per quelli comuni dipartimentali).</p>	X	X
--	--	--	---	---

Monitoraggio	Grado di Raggiungimento
<p>costi comuni: € 1.231.565</p> <p>consumi diretti: € 14.990.253</p> <p>Escludendo i tumori rari rendicontati dal direttore della SOC di farmacia con mail del 04.04.2016, il consumo è pari a € 14.075.931.</p> <p>Lo scostamento è del 4,5% e rimane all'interno del margine di tolleranza.</p>	in linea

obiettivo comune oncologie e tcad

Rispettare il budget assegnato per i prodotti sanitari (esclusi farmaci)	<p>importo dei consumi assegnato complessivamente alle oncologie e alle alte dosi</p>	€ 470.000	X	X
--	---	-----------	---	---

Monitoraggio	Grado di Raggiungimento
Fondi Istituzionali: € 540.691	non in linea

SINTESI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI INCENTIVATI VALUTATI

	% raggiungimento obiettivi incentivati	% valutazione
personale dirigenza	95,86%	100%

La valutazione della precondizione è positiva (vedi monitoraggio riportato nell'obiettivo di budget "rispettare il budget assegnato per i prodotti farmaceutici")

Approvato dall'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance con Verbali n. 12 del 30/5/16 e n. 13 del 23/06/16

OBIETTIVI INCENTIVATI			Incentivazione: PESI		
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	comparto		
obiettivo aziendale			PO	Coord	restante personale
Definizione di nuovi percorsi di patologia (PDTA), con particolare riferimento a ca gastrico, testa/collo e sarcoma	predisposizione del documento finale di analisi del PDTA	entro il 31.12	5%	5%	5%

Monitoraggio

Grado di Raggiungimento

Con nota prot. 7675 del 06.05.2016 sono stati formalmente inviati alla direzione centrale salute il PDTA ca gastrico e il PDTA testa/collo.
Per quanto riguarda il PDTA sarcoma si evidenzia che il percorso è stato predisposto ma è incompleto (mail dell'UGRCA del 04.05.2016)
La Direzione ritiene di valutare l'obiettivo raggiunto al 100%
L'OIVP prende atto che la Direzione ha ritenuto di valutare l'obiettivo come raggiunto al 100% pur verificando l'incompleta definizione del percorso (Verbale n. 12 OIVP in data 30.05.16)

in linea

100,00%

obiettivo aziendale					
Percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA) rivisti nel corso del 2014: - colon retto - ovaio - mammella - melanoma	studio di fattibilità sui singoli indicatori, con l'individuazione del metodo e responsabili della rilevazione e sperimentazione di almeno 2	evidenza della realizzazione degli indicatori	5%	5%	5%

Monitoraggio

Grado di Raggiungimento

L'Ufficio Unità per la gestione del rischio clinico e l'accreditamento con mail del 04.05.2016 ha comunicato che per tutti i percorsi (colon retto, ovaio, mammella e melanoma) è stato effettuato lo studio di fattibilità sugli indicatori.

100,00%

obiettivo comune con le oncologie e tcad					
Miglioramento dell'appropriatezza delle SDO (indicatori LEA e del piano annuale dei controlli)	1. % di ricoveri ordinari medici brevi (0-2 giorni) 2. % di DRG inappropriati (ricoveri ordinari) eventuali altri indicatori individuati nel corso del 2015	1. < 30% (nel pao < 15%, dato 2014 oncologie 45%) 2. < 30% (media regionale 13, dato 2014 oncologie 36,62%)	10%		

Monitoraggio

Grado di Raggiungimento

L'obiettivo viene valutato separatamente dal tcad.
1. 45,33% (riparametrizzato il raggiungimento diventa: 48,89%)
2. 39,49% (riparametrizzato il raggiungimento diventa 68,38%).
La media del raggiungimento è pari a: 58,64%

58,64%

obiettivo comune oncologie

OBIETTIVI INCENTIVATI			Incentivazione: PESI		
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	comparto		
			PO	Coord	restante personale
Garantire i volumi (valore) dell'attività di ricovero e ambulatoriale del 2014	valore ricoveri e valore ambulatoriale delle strutture di oncologia A, B e C (applicazione tariffario regionale). Il risultato viene valutato come segue: valore ≥ 95% = 100% valore ≥ 90% e < 95% = 90% valore ≥ 75% e < 90% = 50% valore < 75% = 0%	€ 10.600.000 Valore 2014: € 10.608.884	40%	40%	40%
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento		
€ 10.259.873 Grado di raggiungimento: 96,79%			100,00%		
obiettivo comune oncologie					
Riorganizzazione dell'attività DH e ambulatoriale	creazione di un'unica agenda di prenotazione per le visite di follow-up delle strutture di oncologia	realizzazione dell'indicatore	10%	5%	5%
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento		
l'agenda è stata creata per il 2016			100,00%		
obiettivo comune oncologie e tcad					
Applicazione della procedura di ricognizione e riconciliazione farmacologica nell'area delle degenze mediche	adozione della nuova modulistica (grafica/SUT del ricovero integrata con scheda riconciliazione) e sua sperimentazione.	produzione di una relazione al 31.12 sulle criticità ed eventuali modifiche da apportare alla modulistica adottata	15%	30%	30%
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento		
Con nota Prot.3/Dip.OM del 15/1/16 la Posizione Organizzativa del dipartimento ha relazionato le attività effettuate. Il materiale in uso è stato valutato positivamente anche dall'Unità Gestione Rischio Clinico e Accredimento (comunicazione mail del 04.05.2016).			100,00%		
obiettivo comune oncologie e tcad					
Implementazione del Protocollo Scientifico Behavior Based Safety (B-BS) nel dipartimento medico	% di partecipazione del personale del Dipartimento, agli incontri propedeutici all'applicazione del protocollo BBS	non inferiore a 50%	15%	15%	15%
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento		
Con mail del 02/2/16 il responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione aziendale conferma quanto rendicontato con nota Prot.2/Dip.OM del 13/1/16 dalla Posizione Organizzativa del dipartimento, che attesta che l'adesione agli incontri è stata pari all'80%			100,00%		

OBIETTIVI DI VALUTAZIONE			Valutazione		
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	comparto		
			PO	Coord	restante personale
obiettivo comune oncologie					

OBIETTIVI DI VALUTAZIONE **Valutazione**

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	comparto						
Gestire le ferie del personale del comparto	Il risultato atteso è calcolato in questo modo: - per il personale con residuo ferie al 1/1/15 >6 gg: ridurre il residuo di almeno il 10% - il personale con residuo ferie al 1/1/15 ≤6 gg può al massimo mantenere al 31.12.2015 un residuo ferie ≤ 6 giorni. La valutazione è effettuata a livello complessivo. Nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), ovvero di altri fattori di criticità che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso.	proseguire nel percorso di abbattimento del residuo ferie.	<table border="1"> <tr> <td>PO</td> <td>Coord</td> <td>restante personale</td> </tr> <tr> <td>X</td> <td>X</td> <td></td> </tr> </table>	PO	Coord	restante personale	X	X	
			PO	Coord	restante personale				
X	X								

Monitoraggio	Grado di Raggiungimento
Obiettivo: 2.209 giornate Ferie 2015: 2.395 giornate	in linea

SINTESI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI INCENTIVATI VALUTATI

	% raggiungimento obiettivi incentivati	% valutazione
posizione organizzativa	95,86%	100%
personale comparto	100,00%	100%

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

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). In questo contesto viene assegnato un budget di contenimento dei consumi di prodotti farmaceutici il cui raggiungimento rappresenta la precondizione per la valutazione degli altri obiettivi legati alla retribuzione di risultato dei direttori di struttura complessa e semplice dipartimentale. Verrà ritenuto risultato negativo uno scostamento > dell'5% sui costi comuni e sui costi propri rispetto al valore di budget.

Approvato dall'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance con Verbali n. 12 del 30/5/16 e n. 13 del 23/06/16

OBIETTIVI INCENTIVATI

Incentivazione: PESI

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	Incentivazione: PESI						
			dirigenza		comparto				
			direttore	dirigenti	coordin.	restante personale			
obiettivo aziendale									
Definizione di nuovi percorsi di patologia (PDTA), con particolare riferimento a ca gastrico, testa/collo e sarcoma	predisposizione del documento finale di analisi del PDTA	entro il 31.12	5%	5%	5%	5%			

Monitoraggio

Grado di Raggiungimento

Con nota prot. 7675 del 06.05.2016 sono stati formalmente inviati alla direzione centrale salute il PDTA ca gastrico e il PDTA testa/collo.
Per quanto riguarda il PDTA sarcoma si evidenzia che il percorso è stato predisposto ma è incompleto (mail dell'UGRCA del 04.05.2016)
La Direzione ritiene di valutare l'obiettivo raggiunto al 100%
L'OIVP prende atto che la Direzione ha ritenuto di valutare l'obiettivo come raggiunto al 100% pur verificando l'incompleta definizione del percorso (Verbale n. 12 OIVP in data 30.05.16)

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

obiettivo aziendale

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	Incentivazione: PESI			
Percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA) rivisti nel corso del 2014: - colon retto - ovaio - mammella - melanoma	studio di fattibilità sui singoli indicatori, con l'individuazione del metodo e responsabili della rilevazione e sperimentazione di almeno 2	evidenza della realizzazione degli indicatori	5%	5%	5%	5%

Monitoraggio

Grado di Raggiungimento

L'Ufficio Unità per la gestione del rischio clinico e l'accreditamento con mail del 04.05.2016 ha comunicato che per tutti i percorsi (colon retto, ovaio, mammella e melanoma) è stato effettuato lo studio di fattibilità sugli indicatori.

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

obiettivo comune con le oncologie e tcad

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	Incentivazione: PESI			
Miglioramento dell'appropriatezza delle SDO (indicatori LEA e del piano annuale dei controlli)	1. % di ricoveri ordinari medici brevi (0-2 giorni) 2. % di DRG inappropriati (ricoveri ordinari) eventuali altri indicatori individuati nel corso del 2015	1. < 30% (nel pao < 15%, dato 2014 oncologie 45%) 2. < 30% (media regionale 13, dato 2014 oncologie 36,62%)	10%	10%		

Monitoraggio

Grado di Raggiungimento

L'obiettivo viene valutato separatamente dalle oncologie
1. 14,96% (riparametrizzato il raggiungimento diventa: 100%)
2. 37,39% (riparametrizzato il raggiungimento diventa 75,36%)

personale dirigenza	87,68%
personale comparto	

obiettivo di struttura

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	Incentivazione: PESI			
Attività di trapianto	numero di trapianti Il risultato viene valutato come segue: valore ≥ 95% = 100% valore ≥ 90% e < 95% = 90% valore ≥ 75% e < 90% = 50% valore < 75% = 0%	≥ 42 trapianti Valore 2014: 47	40%	40%	20%	20%

Monitoraggio

Grado di Raggiungimento

44 trapianti.

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

OBIETTIVI INCENTIVATI			Incentivazione: PESI			
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	dirigenza		comparto	
			direttore	dirigenti	coordin.	restante personale
obiettivo dipartimentale						
Pubblicazioni scientifiche	punti di impact factor normalizzato. L'obiettivo è valutato secondo il criterio di proporzionalità con soglia minima dell'80%.	valore dipartimentale: 164	<input type="text" value="20%"/>	<input type="text" value="20%"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento			
165,5			personale dirigenza		100,00%	
			personale comparto			
obiettivo di struttura						
Variabili attività scientifica (Allegato 1)	punti attività scientifica della struttura operativa. I punteggi realizzati vengono valutati come segue: un punteggio > = 4 punti = 100% un punteggio < 1 punti = 0 il restante = 80%	punteggio ≥ 4	<input type="text" value="5%"/>	<input type="text" value="5%"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento			
4 punti			personale dirigenza		100,00%	
			personale comparto			
obiettivo di struttura						
Adozione di politiche del farmaco con particolare riferimento ai farmaci ad alto costo in accordo al Choosing Wisely dell'ASCO	1. aggiornamento delle linee guida elaborate nel 2014 (per le seguenti patologie: polmone, colon retto, linfomi, mieloma, mammella e HIV) e predisposizione ulteriori linee (per le seguenti patologie: ovaio e melanoma). 2. % di appropriatezza dei cicli prescritti	1. sono definite le linee guida per la prescrizione dei farmaci ad alto costo individuati entro il mese di giugno 2. almeno il 95% per le linee guida elaborate nel 2014 e almeno il 95% a partire da agosto per le linee guida elaborate nel 2015	<input type="text" value="5%"/>	<input type="text" value="5%"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento			
1. con nota del 29.06 (prot. 12689) è stato trasmesso l'aggiornamento delle linee guida interne per la razionalizzazione dell'utilizzo dei farmaci ad alto costo. 2. 96,5% (monitoraggio del direttore della SOC di farmacia con nota prot. 13 del 25.01.2016)			personale dirigenza		100,00%	
			personale comparto			
obiettivo di struttura						
partecipazione ad attività formative	formazione nell'ambito del percorso ematologico interaziendale	evidenza della realizzazione della formazione	<input type="text" value="10%"/>	<input type="text" value="10%"/>	<input type="text" value="25%"/>	<input type="text" value="25%"/>
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento			
La formazione è stata effettuata sia per la dirigenza che per il comparto (mail della responsabile in data 23.05.16 e relativi verbali allegati)			personale dirigenza		100,00%	
			personale comparto			
obiettivo comune oncologie e tcad						
Applicazione della procedura di ricognizione e riconciliazione farmacologica nell'area delle degenze TCAD	1. adozione della nuova modulistica (grafica/SUT del ricovero integrata con scheda riconciliazione) e sua sperimentazione.	1. produzione di una relazione al 31.12 sulle criticità ed eventuali modifiche da apportare alla modulistica adottata	<input type="text" value="x"/>	<input type="text" value="x"/>	<input type="text" value="30%"/>	<input type="text" value="30%"/>
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento			
Con nota Prot.3/Dip.OM del 15/1/16 la Posizione Organizzativa del dipartimento ha relazionato le attività effettuate. Il materiale in uso è stato valutato positivamente anche dall'Unità Gestione Rischio Clinico e Accreditamento (comunicazione mail del 04.05.2016).			personale dirigenza		in linea	
			personale comparto			
obiettivo comune oncologie e tcad						

OBIETTIVI INCENTIVATI
Incentivazione: PESI

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015
Implementazione del Protocollo Scientifico Behavior Based Safety (B-BS) nel dipartimento medico	% di partecipazione del personale del Dipartimento, agli incontri propedeutici all'applicazione del protocollo BBS	non inferiore a 50%

dirigenza		comparto	
direttore	dirigenti	coordin.	restante personale
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		15%	15%

Monitoraggio

Con mail del 02/2/16 il responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione aziendale conferma quanto rendicontato con nota Prot.2/Dip.OM del 13/1/16 dalla Posizione Organizzativa del dipartimento, che attesta che l'adesione agli incontri è stata pari all'80%

Grado di Raggiungimento

personale dirigenza	in linea
personale comparto	100,00%

OBIETTIVI DI VALUTAZIONE
Valutazione

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015
obiettivo di struttura		
Complessità della casistica trattata per i ricoveri ordinari	valore del peso medio dei ricoveri ordinari Valore 2014: 2,96	valore non inferiore a 2,89 (il target è determinato considerando il trasferimento al 3° piano entro il 01.05. In caso di ritardi il target sarà rivalutato nel mese di settembre).

dirigenza		comparto	
direttore	dirigenti	coordin.	restante personale
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Monitoraggio

Anno 2015: 3,11

Grado di Raggiungimento

personale dirigenza	in linea
personale comparto	

obiettivo di struttura

Partecipazione ad attività formative in tema di prevenzione della corruzione	partecipazione ad almeno 1 evento formativo aziendale/regionale in materia di prevenzione della corruzione da parte dei responsabili di struttura complessa e semplice dipartimentale	partecipazione ad almeno un evento
--	---	------------------------------------

<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Monitoraggio

Il responsabile della struttura ha partecipato alla formazione svolta nelle giornate del 17 e 18 Dicembre

Grado di Raggiungimento

personale dirigenza	in linea
personale comparto	

obiettivo di struttura

Garantire le registrazioni nel RFOM per i farmaci soggetti a monitoraggio AIFA	% di inserimento nel RFOM delle informazioni previste: registrazione, diagnosi, richieste di farmaco, effetti indesiderati, rivalutazione dello stato di malattia e fine trattamento.	100% di informazioni inserite secondo le indicazioni AIFA
--	---	---

<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------	--------------------------

Monitoraggio

OMA e alte dosi: il monitoraggio della soc di farmacia ha evidenziato una completezza delle registrazioni inferiore al 100% (mail della farmacia del 15.04.2016)

Grado di Raggiungimento

personale dirigenza	non in linea
personale comparto	

obiettivo di struttura

Implementazione delle cartelle oncologiche informatizzate	- % di cartelle implementate relativamente ad almeno questi campi: protocollo/farmaco, diagnosi/sede, stadiazione.	≥ almeno il 95% dei pazienti
---	--	------------------------------

<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------	--------------------------

Monitoraggio

98,11%

Grado di Raggiungimento

personale dirigenza	in linea
personale comparto	

obiettivo di struttura

OBIETTIVI DI VALUTAZIONE			Valutazione			
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	dirigenza		comparto	
			direttore	dirigenti	coordin.	restante personale
Gestire le ferie del personale del comparto	<p>Il risultato atteso è calcolato in questo modo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - per il personale con residuo ferie al 1/1/15 >6 gg: ridurre il residuo di almeno il 10% - il personale con residuo ferie al 1/1/15 ≤6 gg può al massimo mantenere al 31.12.2015 un residuo ferie ≤ 6 giorni. <p>La valutazione è effettuata a livello complessivo. Nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), ovvero di altri fattori di criticità che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso.</p>	perseguire nel percorso di abbattimento del residuo ferie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento			
Obiettivo: 500 giornate Ferie 2015: 594 giornate			personale dirigenza		personale comparto in linea	
obiettivo di struttura						
Gestire le ferie del personale della dirigenza	<p>Il risultato atteso è calcolato in questo modo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - per il personale con residuo ferie al 1/1/15 >6 gg: ridurre il residuo di almeno il 5% - il personale con residuo ferie al 1/1/15 ≤6 gg può al massimo mantenere al 31.12.2015 un residuo ferie ≤ 6 giorni. <p>La valutazione è effettuata a livello complessivo. Nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), ovvero di altri fattori di criticità che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso.</p>	perseguire nel percorso di abbattimento del residuo ferie.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento			
Obiettivo: 147 giornate Ferie 2015: 151 giornate			personale dirigenza in linea		personale comparto	
obiettivo di struttura						
Rispettare il budget assegnato per i prodotti farmaceutici	importo dei consumi assegnato	<p>€ 1.350.000 costi comuni delle oncologie e delle alte dosi</p> <p>€ 1.600.000 per i consumi diretti (con tolleranza del -5% sia per i consumi diretti che per quelli comuni dipartimentali).</p>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento			
costi comuni: € 1.231.565 consumi diretti: € 1.620.190,90 Lo scostamento è del 1,26% e rimane all'interno del margine di tolleranza.			personale dirigenza in linea		personale comparto	
obiettivo comune oncologie e tead						
Rispettare il budget assegnato per i prodotti sanitari (esclusi farmaci)	importo dei consumi assegnato complessivamente alle oncologie e alle alte dosi	€ 470.000	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento			
Fondi Istituzionali: € 540.691			personale dirigenza non in linea		personale comparto	

SINTESI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI INCENTIVATI

	% raggiungimento obiettivi incentivati	% valutazione
personale dirigenza	98,77%	100%
personale comparto	100,00%	100%

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

La valutazione della precondizione è positiva (vedi monitoraggio riportato nell'obiettivo di budget "rispettare il budget assegnato per i prodotti farmaceutici")

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

Approvato dall'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance con Verbalì n. 12 del 30/5/16 e n. 13 del 23/06/16

OBIETTIVI INCENTIVATI			Incentivazione: PESI		
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	dirigenza		comparto (*)
			direttore	dirigenti	personale
obiettivo di struttura					
Attività specialistica per esterni e per interni	valore attività specialistica ambulatoriale complessiva (per esterni e per interni). Il risultato viene valutato come segue: valore ≥ 95% = 100% valore ≥ 90% e < 95% = 90% valore ≥ 75% e < 90% = 50% valore < 75% = 0%	€ 325.000 Valore 2014: € 463.784	90%	90%	100%

Monitoraggio	Grado di Raggiungimento				
€ 443.912	<table border="1"> <tr> <td>personale dirigenza</td> <td>100,00%</td> </tr> <tr> <td>personale comparto</td> <td>100,00%</td> </tr> </table>	personale dirigenza	100,00%	personale comparto	100,00%
personale dirigenza	100,00%				
personale comparto	100,00%				
obiettivo dipartimentale					
Pubblicazioni scientifiche	punti di impact factor normalizzato. L'obiettivo è valutato secondo il criterio di proporzionalità con soglia minima dell'80%. valore dipartimentale: 164 5% 5% <input type="checkbox"/>				

Monitoraggio	Grado di Raggiungimento				
165,5	<table border="1"> <tr> <td>personale dirigenza</td> <td>100,00%</td> </tr> <tr> <td>personale comparto</td> <td></td> </tr> </table>	personale dirigenza	100,00%	personale comparto	
personale dirigenza	100,00%				
personale comparto					
obiettivo di struttura					
Variabili attività scientifica (Allegato 1)	punti attività scientifica della struttura operativa. I punteggi realizzati vengono valutati come segue: un punteggio >= 4 punti = 100% un punteggio < 1 punti = 0 il restante = 80% punteggio ≥ 4 5% 5% <input type="checkbox"/>				

Monitoraggio	Grado di Raggiungimento				
2 punti	<table border="1"> <tr> <td>personale dirigenza</td> <td>80,00%</td> </tr> <tr> <td>personale comparto</td> <td></td> </tr> </table>	personale dirigenza	80,00%	personale comparto	
personale dirigenza	80,00%				
personale comparto					

OBIETTIVI DI VALUTAZIONE			Valutazione		
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	dirigenza		comparto (*)
			direttore	dirigenti	personale
obiettivo di struttura					

OBIETTIVI DI VALUTAZIONE

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	Valutazione		
			dirigenza		comparto (*)
			direttore	dirigenti	personale
Gestire le ferie del personale del comparto	<p>Il risultato atteso è calcolato in questo modo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - per il personale con residuo ferie al 1/1/15 >6 gg: ridurre il residuo di almeno il 10% - il personale con residuo ferie al 1/1/15 ≤6 gg può al massimo mantenere al 31.12.2015 un residuo ferie ≤ 6 giorni. <p>La valutazione è effettuata a livello complessivo. Nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), ovvero di altri fattori di criticità che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso.</p>	proseguire nel percorso di abbattimento del residuo ferie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Monitoraggio

Obiettivo: 154 giornate
Ferie 2015: 161 giornate

Grado di Raggiungimento

personale dirigenza

personale comparto

in linea

obiettivo di struttura

Gestire le ferie del personale della dirigenza

Il risultato atteso è calcolato in questo modo:

- per il personale con residuo ferie al 1/1/15 >6 gg: ridurre il residuo di almeno il 5%
- il personale con residuo ferie al 1/1/15 ≤6 gg può al massimo mantenere al 31.12.2015 un residuo ferie ≤ 6 giorni.

La valutazione è effettuata a livello complessivo. Nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), ovvero di altri fattori di criticità che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso.

proseguire nel percorso di abbattimento del residuo ferie.

Monitoraggio

Obiettivo: 110 giornate
Ferie 2015: 75 giornate
Grado raggiungimento: 68,2%

La nuova Direzione ha ritenuto di fare una valutazione aziendale e di dare priorità ai tempi d'attesa e all'incremento dei volumi di attività. L'obiettivo viene pertanto ritenuto non valutabile per l'anno 2015. L'OIVP prende atto che il mancato raggiungimento dell'obiettivo delle ferie deriva da sopravvenute indicazioni strategiche da parte della nuova Direzione e pertanto conferma la valutazione proposta (Verbale n. 13 OIVP in data 23.06.16)

Grado di Raggiungimento

personale dirigenza

personale comparto

non valutabile

SINTESI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI INCENTIVATI

	% raggiungimento obiettivi incentivati	% valutazione
personale dirigenza	99,00%	100%
personale Comparto	100,00%	100%

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

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

La valutazione della precondizione è positiva (vedi delibera n. 108 del 03.05.2016 di approvazione del bilancio d'esercizio 2015)

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

Approvato dall'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance con Verbali n. 12 del 30/5/16 e n. 13 del 23/06/16

OBIETTIVI INCENTIVATI			Incentivazione: PESI	
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	dirigenza	
			direttore	dirigenti
obiettivo aziendale				
Definizione di nuovi percorsi di patologia (PDTA), con particolare riferimento a ca gastrico, testa/collo e sarcoma	predisposizione del documento finale di analisi del PDTA	entro il 31.12	5%	5%
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
<p>Con nota prot. 7675 del 06.05.2016 sono stati formalmente inviati alla direzione centrale salute il PDTA ca gastrico e il PDTA testa/collo.</p> <p>Per quanto riguarda il PDTA sarcoma si evidenzia che il percorso è stato predisposto ma è incompleto (mail dell'UGRCA del 04.05.2016)</p> <p>La Direzione ritiene di valutare l'obiettivo raggiunto al 100%</p> <p>L'OIVP prende atto che la Direzione ha ritenuto di valutare l'obiettivo come raggiunto al 100% pur verificando l'incompleta definizione del percorso (Verbale n. 12 OIVP in data 30.05.16)</p>			100,00%	
obiettivo aziendale				
Percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA) rivisti nel corso del 2014: - colon retto - ovaio - mammella - melanoma	studio di fattibilità sui singoli indicatori, con l'individuazione del metodo e responsabili della rilevazione e sperimentazione di almeno 2	evidenza della realizzazione degli indicatori	5%	5%
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
L'Ufficio Unità per la gestione del rischio clinico e l'accreditamento con mail del 04.05.2016 ha comunicato che per tutti i percorsi (colon retto, ovaio, mammella e melanoma) è stato effettuato lo studio di fattibilità sugli indicatori.			100,00%	
obiettivo in comune chirurgia e anestesia				
Mantenimento dei volumi (valore) del 2014 dell'attività di ricovero e ambulatoriale delle strutture di chirurgia e anestesia	valore complessivo (applicazione tariffario regionale). Il risultato viene valutato come segue: valore ≥ 95% = 100% valore ≥ 90% e < 95% = 90% valore ≥ 75% e < 90% = 50% valore < 75% = 0%	€ 9.230.000 Valore 2014: € 9.232.812	70%	70%
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
€ 9.682.917			100,00%	
obiettivo dipartimentale				
Pubblicazioni scientifiche	punti di impact factor normalizzato. L'obiettivo è valutato secondo il criterio di proporzionalità con soglia minima dell'80%.	valore dipartimentale: 45	5%	5%
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
54,2			100,00%	
obiettivo di struttura				

OBIETTIVI INCENTIVATI	Incentivazione: PESI
------------------------------	-----------------------------

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	dirigenza	
			direttore	dirigenti
Variabili attività scientifica (Allegato 1)	punti attività scientifica della struttura operativa. I punteggi realizzati vengono valutati come segue: un punteggio > = 4 punti = 100% un punteggio < 1 punti = 0 il restante = 80%	punteggio ≥ 4	5%	5%

Monitoraggio	Grado di Raggiungimento	
anestesia e terapia del dolore: 3 punti	80,00%	
obiettivo in comune chirurgia e anestesia		
Rispettare il budget assegnato per i prodotti sanitari (esclusi farmaci). Non comprende i consumi della gastroenterologia	importo dei consumi assegnato € 1.700.000	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;">5%</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;">5%</div> </div>

Monitoraggio	Grado di Raggiungimento
Fondi Istituzionali: € 1.956.947	100,00%
L'incremento dei consumi è stato determinato dall'aumento dell'attività dell'ultimo trimestre e dall'utilizzo di prodotti a maggiore innovazione tecnologica necessari per una diversa tipologia di attività di sala operatoria. Pertanto la Direzione ritiene di valutare l'obiettivo raggiunto al 100%	

OBIETTIVI DI VALUTAZIONE	Valutazione
---------------------------------	--------------------

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	dirigenza	
			direttore	dirigenti
obiettivo di struttura				
Partecipazione ad attività formative in tema di prevenzione della corruzione	partecipazione ad almeno 1 evento formativo aziendale/regionale in materia di prevenzione della corruzione da parte dei responsabili di struttura complessa e semplice dipartimentale	partecipazione ad almeno un evento	x	

Monitoraggio	Grado di Raggiungimento
Il responsabile della struttura non ha partecipato alla formazione svolta nelle giornate del 17 e 18 Dicembre.	non in linea

obiettivo di struttura anestesia e comune per le chirurgie				
Applicazione della procedura di ricognizione e riconciliazione farmacologica	per chirurgie: 1. adozione della nuova modulistica (grafica/SUT del ricovero integrata con scheda riconciliazione) e sua sperimentazione. 2. definizione delle modalità di esecuzione della ricognizione e riconciliazione farmacologica per il paziente ambulatoriale e in Day Surgery compresa modulistica dedicata. Per anestesia: definizione delle modalità di esecuzione della ricognizione e riconciliazione farmacologica compresa modulistica dedicata.	chirur: 1 produzione relazione al 31.12 sulle criticità ed eventuali modifiche da apport. alla modulistica adottata; 2 revisione della procedura aziend compresa modulistica al 31.12 anes: revisione della procedura aziend compresa modulistica al 31.12	x	x

Monitoraggio	Grado di Raggiungimento
Con mail del 01/2/16 il responsabile dell'ufficio Unità per la gestione del rischio clinico e l'accreditamento attesta il raggiungimento dell'obiettivo.	in linea
obiettivo comune chirurgia e anestesia	

OBIETTIVI DI VALUTAZIONE			Valutazione	
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	dirigenza	
			direttore	dirigenti
Applicazione del Protocollo Scientifico Behavior Based Safety (B-BS)	1.numero di check list compilate: 1 osservazione a operatore (OSS, infermiere) per turno, esclusi sabato, domenica e notti 2.numero di riunioni di miglioramento eseguite (1 riunione di sottogruppo al mese)	Applicazione del protocollo Scientifico Behavior Based Safety (B-BS)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Monitoraggio	Grado di Raggiungimento
Gli indicatori non sono stati raggiunti per singola figura professionale, ma tenendo conto che si è registrato un calo nel numero di infortuni la Direzione ritiene di valutare l'obiettivo raggiunto al 100%.	in linea

obiettivo di struttura				
Gestire le ferie del personale della dirigenza	Il risultato atteso è calcolato in questo modo: - per il personale con residuo ferie al 1/1/15 >6 gg: ridurre il residuo di almeno il 5% - il personale con residuo ferie al 1/1/15 ≤6 gg può al massimo mantenere al 31.12.2015 un residuo ferie ≤ 6 giorni. La valutazione è effettuata a livello complessivo. Nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), ovvero di altri fattori di criticità che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso.	proseguire nel percorso di abbattimento del residuo ferie.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Monitoraggio	Grado di Raggiungimento
<p>Obiettivo: 393 giornate</p> <p>Ferie 2015: 311 giornate (Grado Ragg.to: 79,1%)</p> <p>La nuova Direzione ha ritenuto di fare una valutazione aziendale e di dare priorità ai tempi d'attesa e all'incremento dei volumi di attività. L'obiettivo viene pertanto ritenuto non valutabile per l'anno 2015.</p> <p>L'OIVP prende atto che il mancato raggiungimento dell'obiettivo delle ferie deriva da sopravvenute indicazioni strategiche da parte della nuova Direzione e pertanto conferma la valutazione proposta (Verbale n. 13 OIVP in data 23.06.16)</p>	non valutabile

SINTESI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI INCENTIVATI VALUTATI		
	% raggiungimento obiettivi incentivati	% valutazione
personale dirigenza	98,95%	95%

L'obiettivo "Miglioramento dell'appropriatezza delle SDO (indicatori LEA e del piano annuale dei controlli con peso 5% non è stato applicato alla Struttura in quanto non pertinente)

La valutazione della preconditione è positiva (vedi delibera n. 108 del 03.05.2016 di approvazione del bilancio d'esercizio 2015)

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

Approvato dall'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance con Verbali n. 12 del 30/5/16 e n. 13 del 23/06/16

OBIETTIVI INCENTIVATI			Incentivazione: PESI	
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	dirigenza	
			direttore	dirigenti
obiettivo aziendale				
Definizione di nuovi percorsi di patologia (PDTA), con particolare riferimento a ca gastrico, testa/collo e sarcoma	predisposizione del documento finale di analisi del PDTA	entro il 31.12	5%	5%
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
<p>Con nota prot. 7675 del 06.05.2016 sono stati formalmente inviati alla direzione centrale salute il PDTA ca gastrico e il PDTA testa/collo. Per quanto riguarda il PDTA sarcoma si evidenzia che il percorso è stato predisposto ma è incompleto (mail dell'UGRCA del 04.05.2016) La Direzione ritiene di valutare l'obiettivo raggiunto al 100% L'OIVP prende atto che la Direzione ha ritenuto di valutare l'obiettivo come raggiunto al 100% pur verificando l'incompleta definizione del percorso (Verbale n. 12 OIVP in data 30.05.16)</p>			100,00%	
obiettivo aziendale				
Percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA) rivisti nel corso del 2014: - colon retto - ovaio - mammella - melanoma	studio di fattibilità sui singoli indicatori, con l'individuazione del metodo e responsabili della rilevazione e sperimentazione di almeno 2	evidenza della realizzazione degli indicatori	5%	5%
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
L'Ufficio Unità per la gestione del rischio clinico e l'accreditamento con mail del 04.05.2016 ha comunicato che per tutti i percorsi (colon retto, ovaio, mammella e melanoma) è stato effettuato lo studio di fattibilità sugli indicatori.			100,00%	
obiettivo comune delle chirurgie				
Miglioramento dell'appropriatezza delle SDO (indicatori LEA e del piano annuale dei controlli)	1. % di dimissioni da reparti chirurgici con DRG M sul totale delle dimissioni in regime ordinario da reparti chirurgici 2. degenza media pre-operatoria per interventi chirurgici programmati (PAO 2015) eventuali altri indicatori individuati nel corso del 2015	1. < 10% 2. < 0,9	5%	5%
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
1. 7,56% 2. 1,003 (chirurgia generale: 1,038, ginecologia: 0,99, senologia: 1). % raggiungimento: 88,48. Media raggiungimento 2 target: 94,24%			94,24%	
obiettivo in comune chirurgie e anestesia				

OBIETTIVI INCENTIVATI
Incentivazione: PESI

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	dirigenza	
			direttore	dirigenti
Mantenimento dei volumi (valore) del 2014 dell'attività di ricovero e ambulatoriale delle strutture di chirurgia e anestesia	valore complessivo (applicazione tariffario regionale). Il risultato viene valutato come segue: valore ≥ 95% = 100% valore ≥ 90% e < 95% = 90% valore ≥ 75% e < 90% = 50% valore < 75% = 0%	€ 9.230.000 Valore 2014: € 9.232.812	70%	70%

Monitoraggio
Grado di Raggiungimento
€ 9.682.917
100,00%

obiettivo dipartimentale

Publicazioni scientifiche	punti di impact factor normalizzato. L'obiettivo è valutato secondo il criterio di proporzionalità con soglia minima dell'80%.	valore dipartimentale: 45	5%	5%
---------------------------	--	---------------------------	----	----

Monitoraggio
Grado di Raggiungimento
54,2
100,00%

obiettivo di struttura

Variabili attività scientifica (Allegato 1)	punti attività scientifica della struttura operativa. I punteggi realizzati vengono valutati come segue: un punteggio > 4 punti = 100% un punteggio < 1 punti = 0 il restante = 80%	punteggio ≥ 4	5%	5%
---	---	---------------	----	----

Monitoraggio
Grado di Raggiungimento
4 punti
100,00%

obiettivo in comune chirurgia e anestesia

Rispettare il budget assegnato per i prodotti sanitari (esclusi farmaci). Non comprende i consumi della gastroenterologia	importo dei consumi assegnato	€ 1.700.000	5%	5%
---	-------------------------------	-------------	----	----

Monitoraggio
Grado di Raggiungimento
Fondi Istituzionali: € 1.956.947
L'incremento dei consumi è stato determinato dall'aumento dell'attività dell'ultimo trimestre e dall'utilizzo di prodotti a maggiore innovazione tecnologica necessari per una diversa tipologia di attività di sala operatoria.
Pertanto la Direzione ritiene di valutare l'obiettivo raggiunto al 100%
100,00%
OBIETTIVI DI VALUTAZIONE
Valutazione

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	dirigenza	
			direttore	dirigenti
obiettivo in comune AP, radiologia e chirurgia senologica				
Mantenere l'attività 2014 del protocollo "one day diagnosis"	numero di pazienti	≥ 140 casi	x	x

Monitoraggio
Grado di Raggiungimento
157 pazienti (dato fornito dalla struttura di anatomia patologica)
in linea

obiettivo di struttura

OBIETTIVI DI VALUTAZIONE			Valutazione	
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	dirigenza	
			direttore	dirigenti
Complessità della casistica trattata per i ricoveri ordinari	valore del peso medio dei ricoveri ordinari	≥ 1,24 (valore 2014)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Valore 2014: 1,92 per chirurgia generale 1,37 per chirurgia ginecologica 1,24 per chirurgia senologica			
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
1,20			non in linea	
obiettivo di struttura				
Partecipazione ad attività formative in tema di prevenzione della corruzione	partecipazione ad almeno 1 evento formativo aziendale/regionale in materia di prevenzione della corruzione da parte dei responsabili di struttura complessa e semplice dipartimentale	partecipazione ad almeno un evento	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
Il responsabile della struttura ha partecipato alla formazione svolta nelle giornate del 17 e 18 Dicembre.			in linea	
obiettivo di struttura anestesia e comune per le chirurgie				
Applicazione della procedura di ricognizione e riconciliazione farmacologica	per chirurgie: 1. adozione della nuova modulistica (grafica/SUT del ricovero integrata con scheda riconciliazione) e sua sperimentazione. 2. definizione delle modalità di esecuzione della ricognizione e riconciliazione farmacologica per il paziente ambulatoriale e in Day Surgery compresa modulistica dedicata. Per anestesia: definizione delle modalità di esecuzione della ricognizione e riconciliazione farmacologica compresa modulistica dedicata.	chirur: 1 produzione relazione al 31.12 sulle criticità ed eventuali modifiche da apport. alla modulistica adottata; 2 revisione della procedura aziend compresa modulistica al 31.12 anestet: revisione della procedura aziend compresa modulistica al 31.12	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
Con mail del 01/2/16 il responsabile dell'ufficio Unità per la gestione del rischio clinico e l'accreditamento attesta il raggiungimento dell'obiettivo.			in linea	
obiettivo comune chirurgia e anestesia				
Applicazione del Protocollo Scientifico Behavior Based Safety (B-BS)	1. numero di check list compilate: 1 osservazione a operatore (OSS, infermiere) per turno, esclusi sabato, domenica e notti 2. numero di riunioni di miglioramento eseguite (1 riunione di sottogruppo al mese)	Applicazione del protocollo Scientifico Behavior Based Safety (B-BS)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
Gli indicatori non sono stati raggiunti per singola figura professionale, ma tenendo conto che si è registrato un calo nel numero di infortuni la Direzione ritiene di valutare l'obiettivo raggiunto al 100%.			in linea	
obiettivo di struttura				

OBIETTIVI DI VALUTAZIONE			Valutazione	
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	dirigenza	
			direttore	dirigenti
Gestire le ferie del personale della dirigenza	<p>Il risultato atteso è calcolato in questo modo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - per il personale con residuo ferie al 1/1/15 >6 gg: ridurre il residuo di almeno il 5% - il personale con residuo ferie al 1/1/15 ≤6 gg può al massimo mantenere al 31.12.2015 un residuo ferie ≤ 6 giorni. <p>La valutazione è effettuata a livello complessivo. Nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), ovvero di altri fattori di criticità che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso.</p>	proseguire nel percorso di abbattimento del residuo ferie.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Monitoraggio	Grado di Raggiungimento
<p>Obiettivo: 113 giornate Ferie 2015: 88 giornate (Grado Ragg.to: 77,9%) La nuova Direzione ha ritenuto di fare una valutazione aziendale e di dare priorità ai tempi d'attesa e all'incremento dei volumi di attività. L'obiettivo viene pertanto ritenuto non valutabile per l'anno 2015. L'OIVP prende atto che il mancato raggiungimento dell'obiettivo delle ferie deriva da sopravvenute indicazioni strategiche da parte della nuova Direzione e pertanto conferma la valutazione proposta (Verbale n. 13 OIVP in data 23.06.16)</p>	non valutabile

obiettivo in comune chirurgia				
Rispetto dei tempi di attesa	<p>1. la programmazione settimanale degli interventi è effettuata in modo condiviso tra le tre chirurgie</p> <p>2. interventi chirurgici in regime ordinario per le patologie neoplastiche maligne più frequentemente trattate dalle 3 strutture di chirurgia sono effettuati entro 30 gg dalla data di prescrizione dell'intervento chirurgico. L'obiettivo sarà valutato considerando l'attività delle 3 strutture.</p>	<p>1. rispetto dell'indicatore (monitoraggio della direzione sanitaria)</p> <p>2. 100% con tolleranza del -5%</p>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Monitoraggio	Grado di Raggiungimento
<p>1. monitoraggio luglio-dicembre: 54,33% (mail direzione sanitaria in data 24.05.16)</p> <p>2. 91,26% media delle tre strutture</p> <p>Chirurgia Generale: 92,31%</p> <p>Ginecologia: 90,53%</p> <p>Senologia: 90,94%</p> <p>Il dato è stato elaborato considerando solo gli interventi con priorità A ed escludendo i casi programmati per ragioni clinico terapeutiche.</p>	non in linea

SINTESI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI INCENTIVATI VALUTATI

	% raggiungimento obiettivi incentivati	% valutazione
personale dirigenza	99,71%	100%

La valutazione della precondizione è positiva (vedi delibera n. 108 del 03.05.2016 di approvazione del bilancio d'esercizio 2015)

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

Approvato dall'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance con Verbali n. 12 del 30/5/16 e n. 13 del 23/06/16

OBIETTIVI INCENTIVATI			Incentivazione: PESI	
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	dirigenza	
			direttore	dirigenti
obiettivo aziendale				
Definizione di nuovi percorsi di patologia (PDTA), con particolare riferimento a ca gastrico, testa/collo e sarcoma	predisposizione del documento finale di analisi del PDTA	entro il 31.12	5%	5%
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
<p>Con nota prot. 7675 del 06.05.2016 sono stati formalmente inviati alla direzione centrale salute il PDTA ca gastrico e il PDTA testa/collo. Per quanto riguarda il PDTA sarcoma si evidenzia che il percorso è stato predisposto ma è incompleto (mail dell'UGRCA del 04.05.2016) La Direzione ritiene di valutare l'obiettivo raggiunto al 100% L'OIVP prende atto che la Direzione ha ritenuto di valutare l'obiettivo come raggiunto al 100% pur verificando l'incompleta definizione del percorso (Verbale n. 12 OIVP in data 30.05.16)</p>			100,00%	
obiettivo aziendale				
Percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA) rivisti nel corso del 2014: - colon retto - ovaio - mammella - melanoma	studio di fattibilità sui singoli indicatori, con l'individuazione del metodo e responsabili della rilevazione e sperimentazione di almeno 2	evidenza della realizzazione degli indicatori	5%	5%
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
L'Ufficio Unità per la gestione del rischio clinico e l'accreditamento con mail del 04.05.2016 ha comunicato che per tutti i percorsi (colon retto, ovaio, mammella e melanoma) è stato effettuato lo studio di fattibilità sugli indicatori.			100,00%	
obiettivo comune delle chirurgie				
Miglioramento dell'appropriatezza delle SDO (indicatori LEA e del piano annuale dei controlli)	1. % di dimissioni da reparti chirurgici con DRG M sul totale delle dimissioni in regime ordinario da reparti chirurgici 2. degenza media pre-operatoria per interventi chirurgici programmati (PAO 2015) eventuali altri indicatori individuati nel corso del 2015	1. < 10% 2. < 0,9	5%	5%
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
1. 7,56% 2. 1,003 (chirurgia generale: 1,038, ginecologia: 0,99, senologia: 1). % raggiungimento: 88,48. Media raggiungimento 2 target: 94,24%			94,24%	
obiettivo in comune chirurgie e anestesia				

OBIETTIVI INCENTIVATI	Incentivazione: PESI
------------------------------	-----------------------------

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	dirigenza	
			direttore	dirigenti
Mantenimento dei volumi (valore) del 2014 dell'attività di ricovero e ambulatoriale delle strutture di chirurgia e anestesia	valore complessivo (applicazione tariffario regionale). Il risultato viene valutato come segue: valore ≥ 95% = 100% Valore 2014: € 9.232.812 valore ≥ 90% e < 95% = 90% valore ≥ 75% e < 90% = 50% valore < 75% = 0%	€ 9.230.000	70%	70%

Monitoraggio	Grado di Raggiungimento
€ 9.682.917	100,00%
obiettivo dipartimentale	
Publicazioni scientifiche	punti di impact factor normalizzato. L'obiettivo è valutato secondo il criterio di proporzionalità con soglia minima dell'80%. valore dipartimentale: 45
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">5%</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">5%</div> </div>

Monitoraggio	Grado di Raggiungimento
54,2	100,00%
obiettivo di struttura	
Variabili attività scientifica (Allegato 1)	punti attività scientifica della struttura operativa. I punteggi realizzati vengono valutati come segue: un punteggio > = 4 punti = 100% un punteggio < 1 punti = 0 il restante = 80%
	punteggio ≥ 4 <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">5%</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">5%</div> </div>

Monitoraggio	Grado di Raggiungimento
8,5 punti	100,00%
obiettivo in comune chirurgia e anestesia	
Rispettare il budget assegnato per i prodotti sanitari (esclusi farmaci). Non comprende i consumi della gastroenterologia	importo dei consumi assegnato € 1.700.000
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">5%</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">5%</div> </div>

Monitoraggio	Grado di Raggiungimento
Fondi Istituzionali: € 1.956.947 L'incremento dei consumi è stato determinato dall'aumento dell'attività dell'ultimo trimestre e dall'utilizzo di prodotti a maggiore innovazione tecnologica necessari per una diversa tipologia di attività di sala operatoria. Pertanto la Direzione ritiene di valutare l'obiettivo raggiunto al 100%	100,00%

OBIETTIVI DI VALUTAZIONE			Valutazione	
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	dirigenza	
			direttore	dirigenti
obiettivo di struttura				

OBIETTIVI DI VALUTAZIONE			Valutazione	
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	dirigenza	
			direttore	dirigenti
Complessità della casistica trattata per i ricoveri ordinari	valore del peso medio dei ricoveri ordinari	≥ 2,09 (valore 2012)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Valore 2014: 1,92 per chirurgia generale 1,37 per chirurgia ginecologica 1,24 per chirurgia senologica				
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
1,82			non in linea	
obiettivo di struttura				
Partecipazione ad attività formative in tema di prevenzione della corruzione	partecipazione ad almeno 1 evento formativo aziendale/regionale in materia di prevenzione della corruzione da parte dei responsabili di struttura complessa e semplice dipartimentale	partecipazione ad almeno un evento	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
Il responsabile della struttura ha partecipato alla formazione svolta nelle giornate del 17 e 18 Dicembre.			in linea	
obiettivo di struttura anestesia e comune per le chirurgie				
Applicazione della procedura di ricognizione e riconciliazione farmacologica	per chirurgie: 1. adozione della nuova modulistica (grafica/SUT del ricovero integrata con scheda riconciliazione) e sua sperimentazione. 2. definizione delle modalità di esecuzione della ricognizione e riconciliazione farmacologica per il paziente ambulatoriale e in Day Surgery compresa modulistica dedicata. Per anestesia: definizione delle modalità di esecuzione della ricognizione e riconciliazione farmacologica compresa modulistica dedicata.	chirur: 1 produzione relazione al 31.12 sulle criticità ed eventuali modifiche da apport. alla modulistica adottata; 2 revisione della procedura aziend compresa modulistica al 31.12 anestet: revisione della procedura aziend compresa modulistica al 31.12	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
Con mail del 01/2/16 il responsabile dell'ufficio Unità per la gestione del rischio clinico e l'accreditamento attesta il raggiungimento dell'obiettivo.			in linea	
obiettivo comune chirurgia e anestesia				
Applicazione del Protocollo Scientifico Behavior Based Safety (B-BS)	1. numero di check list compilate: 1 osservazione a operatore (OSS, infermiere) per turno, esclusi sabato, domenica e notti 2. numero di riunioni di miglioramento eseguite (1 riunione di sottogruppo al mese)	Applicazione del protocollo Scientifico Behavior Based Safety (B-BS)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
Gli indicatori non sono stati raggiunti per singola figura professionale, ma tenendo conto che si è registrato un calo nel numero di infortuni la Direzione ritiene di valutare l'obiettivo raggiunto al 100%.			in linea	
obiettivo di struttura				

OBIETTIVI DI VALUTAZIONE	Valutazione
--------------------------	-------------

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	dirigenza	
			direttore	dirigenti
Gestire le ferie del personale della dirigenza	<p>Il risultato atteso è calcolato in questo modo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - per il personale con residuo ferie al 1/1/15 >6 gg: ridurre il residuo di almeno il 5% - il personale con residuo ferie al 1/1/15 ≤6 gg può al massimo mantenere al 31.12.2015 un residuo ferie ≤ 6 giorni. <p>La valutazione è effettuata a livello complessivo. Nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), ovvero di altri fattori di criticità che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso.</p>	proseguire nel percorso di abbattimento del residuo ferie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Monitoraggio	Grado di Raggiungimento
<p>Obiettivo: 292 giornate Ferie 2015: 192 giornate (Grado Ragg.to: 65,8%) La nuova Direzione ha ritenuto di fare una valutazione aziendale e di dare priorità ai tempi d'attesa e all'incremento dei volumi di attività. L'obiettivo viene pertanto ritenuto non valutabile per l'anno 2015. L'OIVP prende atto che il mancato raggiungimento dell'obiettivo delle ferie deriva da sopravvenute indicazioni strategiche da parte della nuova Direzione e pertanto conferma la valutazione proposta (Verbale n. 13 OIVP in data 23.06.16)</p>	<div style="border: 1px solid #ccc; background-color: #f0f0f0; padding: 2px; display: inline-block;">non valutabile</div>

obiettivo in comune chirurgia				
Rispetto dei tempi di attesa	<p>1. la programmazione settimanale degli interventi è effettuata in modo condiviso tra le tre chirurgie</p> <p>2. interventi chirurgici in regime ordinario per le patologie neoplastiche maligne più frequentemente trattate dalle 3 strutture di chirurgia sono effettuati entro 30 gg dalla data di prescrizione dell'intervento chirurgico. L'obiettivo sarà valutato considerando l'attività delle 3 strutture.</p>	<p>1. rispetto dell'indicatore (monitoraggio della direzione sanitaria)</p> <p>2. 100% con tolleranza del -5%</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Monitoraggio	Grado di Raggiungimento
<p>1. monitoraggio luglio-dicembre: 54,33% (mail direzione sanitaria in data 24.05.16)</p> <p>2. 91,26% media delle tre strutture</p> <p>Chirurgia Generale: 92,31%</p> <p>Ginecologia: 90,53%</p> <p>Senologia: 90,94%</p> <p>Il dato è stato elaborato considerando solo gli interventi con priorità A ed escludendo i casi programmati per ragioni clinico terapeutiche.</p>	<div style="border: 1px solid #ccc; background-color: #f0f0f0; padding: 2px; display: inline-block;">non in linea</div>

SINTESI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI INCENTIVATI VALUTATI

	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; background-color: #f0f0f0;">% raggiungimento obiettivi incentivati</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; background-color: #f0f0f0;">% valutazione</div>
personale dirigenza	99,71%	100%

La valutazione della precondizione è positiva (vedi delibera n. 108 del 03.05.2016 di approvazione del bilancio d'esercizio 2015)

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

Approvato dall'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance con Verbali n. 12 del 30/5/16 e n. 13 del 23/06/16

OBIETTIVI INCENTIVATI			Incentivazione: PESI	
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	dirigenza	
			direttore	dirigenti
obiettivo aziendale				
Definizione di nuovi percorsi di patologia (PDTA), con particolare riferimento a ca gastrico, testa/collo e sarcoma	predisposizione del documento finale di analisi del PDTA	entro il 31.12	5%	5%
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
<p>Con nota prot. 7675 del 06.05.2016 sono stati formalmente inviati alla direzione centrale salute il PDTA ca gastrico e il PDTA testa/collo. Per quanto riguarda il PDTA sarcoma si evidenzia che il percorso è stato predisposto ma è incompleto (mail dell'UGRCA del 04.05.2016) La Direzione ritiene di valutare l'obiettivo raggiunto al 100% L'OIVP prende atto che la Direzione ha ritenuto di valutare l'obiettivo come raggiunto al 100% pur verificando l'incompleta definizione del percorso (Verbale n. 12 OIVP in data 30.05.16)</p>			100,00%	
obiettivo aziendale				
Percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA) rivisti nel corso del 2014: - colon retto - ovaio - mammella - melanoma	studio di fattibilità sui singoli indicatori, con l'individuazione del metodo e responsabili della rilevazione e sperimentazione di almeno 2	evidenza della realizzazione degli indicatori	5%	5%
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
L'Ufficio Unità per la gestione del rischio clinico e l'accreditamento con mail del 04.05.2016 ha comunicato che per tutti i percorsi (colon retto, ovaio, mammella e melanoma) è stato effettuato lo studio di fattibilità sugli indicatori.			100,00%	
obiettivo comune delle chirurgie				
Miglioramento dell'appropriatezza delle SDO (indicatori LEA e del piano annuale dei controlli)	1. % di dimissioni da reparti chirurgici con DRG M sul totale delle dimissioni in regime ordinario da reparti chirurgici 2. degenza media pre-operatoria per interventi chirurgici programmati (PAO 2015) eventuali altri indicatori individuati nel corso del 2015	1. < 10% 2. < 0,9	5%	5%
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
<p>1. 7,56% 2. 1,003 (chirurgia generale: 1,038, ginecologia: 0,99, senologia: 1). % raggiungimento: 88,48. Media raggiungimento 2 target: 94,24%</p>			94,24%	
obiettivo in comune chirurgie e anestesia				

OBIETTIVI INCENTIVATI	Incentivazione: PESI
------------------------------	-----------------------------

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	dirigenza	
			direttore	dirigenti
Mantenimento dei volumi (valore) del 2014 dell'attività di ricovero e ambulatoriale delle strutture di chirurgia e anestesia	valore complessivo (applicazione tariffario regionale). Il risultato viene valutato come segue: valore ≥ 95% = 100% Valore 2014: € 9.232.812 valore ≥ 90% e < 95% = 90% valore ≥ 75% e < 90% = 50% valore < 75% = 0%	€ 9.230.000	70%	70%

Monitoraggio	Grado di Raggiungimento
€ 9.682.917	100,00%

obiettivo dipartimentale				
Pubblicazioni scientifiche	punti di impact factor normalizzato. L'obiettivo è valutato secondo il criterio di proporzionalità con soglia minima dell'80%.	valore dipartimentale: 45	5%	5%

Monitoraggio	Grado di Raggiungimento
54,2	100,00%

obiettivo di struttura				
Variabili attività scientifica (Allegato 1)	punti attività scientifica della struttura operativa. I punteggi realizzati vengono valutati come segue: un punteggio > = 4 punti = 100% un punteggio < 1 punti = 0 il restante = 80%	punteggio ≥ 4	5%	5%

Monitoraggio	Grado di Raggiungimento
7 punti	100,00%

obiettivo in comune chirurgia e anestesia				
Rispettare il budget assegnato per i prodotti sanitari (esclusi farmaci). Non comprende i consumi della gastroenterologia	importo dei consumi assegnato	€ 1.700.000	5%	5%

Monitoraggio	Grado di Raggiungimento	
Fondi Istituzionali: € 1.956.947 L'incremento dei consumi è stato determinato dall'aumento dell'attività dell'ultimo trimestre e dall'utilizzo di prodotti a maggiore innovazione tecnologica necessari per una diversa tipologia di attività di sala operatoria. Pertanto la Direzione ritiene di valutare l'obiettivo raggiunto al 100%		100,00%

OBIETTIVI DI VALUTAZIONE	Valutazione
---------------------------------	--------------------

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	dirigenza	
			direttore	dirigenti
obiettivo di struttura				

OBIETTIVI DI VALUTAZIONE			Valutazione	
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	dirigenza	
			direttore	dirigenti
Completività della casistica trattata per i ricoveri ordinari	valore del peso medio dei ricoveri ordinari	≥ 1,37 (valore 2014)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Valore 2014: 1,92 per chirurgia generale 1,37 per chirurgia ginecologica 1,24 per chirurgia senologica				
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
1,31			non in linea	
obiettivo di struttura				
Partecipazione ad attività formative in tema di prevenzione della corruzione	partecipazione ad almeno 1 evento formativo aziendale/regionale in materia di prevenzione della corruzione da parte dei responsabili di struttura complessa e semplice dipartimentale	partecipazione ad almeno un evento	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
Il responsabile della struttura ha partecipato alla formazione svolta nelle giornate del 17 e 18 Dicembre.			in linea	
obiettivo di struttura anestesia e comune per le chirurgie				
Applicazione della procedura di ricognizione e riconciliazione farmacologica	per chirurgie: 1. adozione della nuova modulistica (grafica/SUT del ricovero integrata con scheda riconciliazione) e sua sperimentazione. 2. definizione delle modalità di esecuzione della ricognizione e riconciliazione farmacologica per il paziente ambulatoriale e in Day Surgery compresa modulistica dedicata. Per anestesia: definizione delle modalità di esecuzione della ricognizione e riconciliazione farmacologica compresa modulistica dedicata.	chirur: 1 produzione relazione al 31.12 sulle criticità ed eventuali modifiche da apport. alla modulistica adottata; 2 revisione della procedura aziend compresa modulistica al 31.12 anestet: revisione della procedura aziend compresa modulistica al 31.12	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
Con mail del 01/2/16 il responsabile dell'ufficio Unità per la gestione del rischio clinico e l'accreditamento attesta il raggiungimento dell'obiettivo.			in linea	
obiettivo comune chirurgia e anestesia				
Applicazione del Protocollo Scientifico Behavior Based Safety (B-BS)	1. numero di check list compilate: 1 osservazione a operatore (OSS, infermiere) per turno, esclusi sabato, domenica e notti 2. numero di riunioni di miglioramento eseguite (1 riunione di sottogruppo al mese)	Applicazione del protocollo Scientifico Behavior Based Safety (B-BS)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
Gli indicatori non sono stati raggiunti per singola figura professionale, ma tenendo conto che si è registrato un calo nel numero di infortuni la Direzione ritiene di valutare l'obiettivo raggiunto al 100%.			in linea	
obiettivo di struttura				

OBIETTIVI DI VALUTAZIONE			Valutazione	
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	dirigenza	
			direttore	dirigenti
Gestire le ferie del personale della dirigenza	<p>Il risultato atteso è calcolato in questo modo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - per il personale con residuo ferie al 1/1/15 >6 gg: ridurre il residuo di almeno il 5% - il personale con residuo ferie al 1/1/15 ≤6 gg può al massimo mantenere al 31.12.2015 un residuo ferie ≤ 6 giorni. <p>La valutazione è effettuata a livello complessivo. Nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), ovvero di altri fattori di criticità che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso.</p>	proseguire nel percorso di abbattimento del residuo ferie.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<p>Monitoraggio</p> <p>Obiettivo: 194 giornate Ferie 2015: 153 giornate (Grado Ragg.to: 78,9%) La nuova Direzione ha ritenuto di fare una valutazione aziendale e di dare priorità ai tempi d'attesa e all'incremento dei volumi di attività. L'obiettivo viene pertanto ritenuto non valutabile per l'anno 2015. L'OIVP prende atto che il mancato raggiungimento dell'obiettivo delle ferie deriva da sopravvenute indicazioni strategiche da parte della nuova Direzione e pertanto conferma la valutazione proposta (Verbale n. 13 OIVP in data 23.06.16)</p>			<p>Grado di Raggiungimento</p> <p>non valutabile</p>	
obiettivo in comune chirurgia				
Rispetto dei tempi di attesa	<ol style="list-style-type: none"> 1. la programmazione settimanale degli interventi è effettuata in modo condiviso tra le tre chirurgie 2. interventi chirurgici in regime ordinario per le patologie neoplastiche maligne più frequentemente trattate dalle 3 strutture di chirurgia sono effettuati entro 30 gg dalla data di prescrizione dell'intervento chirurgico. L'obiettivo sarà valutato considerando l'attività delle 3 strutture. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. rispetto dell'indicatore (monitoraggio della direzione sanitaria) 2. 100% con tolleranza del -5% 	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<p>Monitoraggio</p> <p>1. monitoraggio luglio-dicembre: 54,33% (mail direzione sanitaria in data 24.05.16) 2. 91,26% media delle tre strutture Chirurgia Generale: 92,31% Ginecologia: 90,53% Senologia: 90,94% Il dato è stato elaborato considerando solo gli interventi con priorità A ed escludendo i casi programmati per ragioni clinico terapeutiche.</p>			<p>Grado di Raggiungimento</p> <p>non in linea</p>	
obiettivo della struttura di ginecologia				
Screening cervice uterina	garantire la formazione degli operatori sanitari dei centri di primo e secondo livello della regione.	realizzazione della formazione come da indicazioni regionali	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<p>Monitoraggio</p> <p>Nei primi 6 mesi del 2015 è proseguita la formazione dei ginecologi colposcopisti dei centri di secondo livello per lo screening del cervicocarcinoma. In data 11.12 è stato organizzato a Udine il corso regionale "Screening regionale per la prevenzione dei tumori al collo dell'utero".</p>			<p>Grado di Raggiungimento</p> <p>in linea</p>	

SINTESI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI INCENTIVATI VALUTATI

	% raggiungimento obiettivi incentivati	% valutazione
personale dirigenza	99,71%	100%

La valutazione della precondizione è positiva (vedi delibera n. 108 del 03.05.2016 di approvazione del bilancio d'esercizio 2015)

Approvato dall'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance con Verbali n. 12 del 30/5/16 e n. 13 del 23/06/16

OBIETTIVI INCENTIVATI

Incentivazione: PESI

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	comparto		
			PO	Coord	restante personale
obiettivo aziendale					
Definizione di nuovi percorsi di patologia (PDTA), con particolare riferimento a ca gastrico, testa/collo e sarcoma	predisposizione del documento finale di analisi del PDTA	entro il 31.12	5%	5%	5%

Monitoraggio

Grado di Raggiungimento

Con nota prot. 7675 del 06.05.2016 sono stati formalmente inviati alla direzione centrale salute il PDTA ca gastrico e il PDTA testa/collo.
Per quanto riguarda il PDTA sarcoma si evidenzia che il percorso è stato predisposto ma è incompleto (mail dell'UGRCA del 04.05.2016)
La Direzione ritiene di valutare l'obiettivo raggiunto al 100%
L'OIVP prende atto che la Direzione ha ritenuto di valutare l'obiettivo come raggiunto al 100% pur verificando l'incompleta definizione del percorso (Verbale n. 12 OIVP in data 30.05.16)

100,00%

obiettivo aziendale

Percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA) rivisti nel corso del 2014: - colon retto - ovaio - mammella - melanoma	studio di fattibilità sui singoli indicatori, con l'individuazione del metodo e responsabili della rilevazione e sperimentazione di almeno 2	evidenza della realizzazione degli indicatori	5%	5%	5%
---	--	---	----	----	----

Monitoraggio

Grado di Raggiungimento

L'Ufficio Unità per la gestione del rischio clinico e l'accreditamento con mail del 04.05.2016 ha comunicato che per tutti i percorsi (colon retto, ovaio, mammella e melanoma) è stato effettuato lo studio di fattibilità sugli indicatori.

100,00%

obiettivo in comune chirurgia e anestesia

Mantenimento dei volumi (valore) del 2014 dell'attività di ricovero e ambulatoriale delle strutture di chirurgia e anestesia	valore complessivo (applicazione tariffario regionale). Il risultato viene valutato come segue: valore ≥ 95% = 100% valore ≥ 90% e < 95% = 90% valore ≥ 75% e < 90% = 50% valore < 75% = 0%	€ 9.230.000 Valore 2014: € 9.232.812	55%	55%	55%
--	--	---	-----	-----	-----

Monitoraggio

Grado di Raggiungimento

€ 9.682.917

100,00%

obiettivo di struttura anestesia e comune per le chirurgie

OBIETTIVI INCENTIVATI
Incentivazione: PESI

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	comparto		
			PO	Coord	restante personale
Applicazione della procedura di ricognizione e riconciliazione farmacologica	per chirurgie: 1. adozione della nuova modulistica (grafica/SUT del ricovero integrata con scheda riconciliazione) e sua sperimentazione. 2. definizione delle modalità di esecuzione della ricognizione e riconciliazione farmacologica per il paziente ambulatoriale e in Day Surgery compresa modulistica dedicata. Per anestesia: definizione delle modalità di esecuzione della ricognizione e riconciliazione farmacologica compresa modulistica dedicata.	chirur: 1 produzione relazione al 31.12 sulle criticità ed eventuali modifiche da apport. alla modulistica adottata; 2 revisione della procedura aziend compresa modulistica al 31.12 anest: revisione della procedura aziend compresa modulistica al 31.12	20%	20%	20%

Monitoraggio
Grado di Raggiungimento

Con mail del 01/2/16 il responsabile dell'ufficio Unità per la gestione del rischio clinico e l'accreditamento attesta il raggiungimento dell'obiettivo.

100,00%

obiettivo comune chirurgie e anestesia

Applicazione del Protocollo Scientifico Behavior Based Safety (B-BS)	1.numero di check list compilate: 1 osservazione a operatore (OSS, infermiere) per turno, esclusi sabato, domenica e notti 2.numero di riunioni di miglioramento eseguite (1 riunione di sottogruppo al mese)	Applicazione del protocollo Scientifico Behavior Based Safety (B-BS)	15%	15%	15%
--	--	--	-----	-----	-----

Monitoraggio
Grado di Raggiungimento

Gli indicatori non sono stati raggiunti per singola figura professionale, ma tenendo conto che si è registrato un calo nel numero di infortuni la Direzione ritiene di valutare l'obiettivo raggiunto al 100%.

100,00%
OBIETTIVI DI VALUTAZIONE
Valutazione

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	comparto		
			PO	Coord	restante personale
obiettivo comune chirurgie e anestesia					
Gestire le ferie del personale del comparto	Il risultato atteso è calcolato in questo modo: - per il personale con residuo ferie al 1/1/15 >6 gg: ridurre il residuo di almeno il 10% - il personale con residuo ferie al 1/1/15 ≤6 gg può al massimo mantenere al 31.12.2015 un residuo ferie ≤ 6 giorni. La valutazione è effettuata a livello complessivo. Nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), ovvero di altri fattori di criticità che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso.	proseguire nel percorso di abbattimento del residuo ferie.	X	X	

Monitoraggio
Grado di Raggiungimento

Obiettivo: 2.752 giornate
 Ferie 2015: 3.310 giornate

in linea

SINTESI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI INCENTIVATI VALUTATI

% raggiungimento
obiettivi
incentivati

% valutazione

personale comparto

100,00%

100%

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

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

Approvato dall'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance con Verbali n. 12 del 30/5/16 e n. 13 del 23/06/16

OBIETTIVI INCENTIVATI			Incentivazione: PESI		
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	dirigenza		comparto
			direttore	dirigenti	personale
obiettivo aziendale					
Definizione di nuovi percorsi di patologia (PDTA), con particolare riferimento a ca gastrico, testa/collo e sarcoma	predisposizione del documento finale di analisi del PDTA	entro il 31.12	5%	5%	5%
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento		
<p>Con nota prot. 7675 del 06.05.2016 sono stati formalmente inviati alla direzione centrale salute il PDTA ca gastrico e il PDTA testa/collo.</p> <p>Per quanto riguarda il PDTA sarcoma si evidenzia che il percorso è stato predisposto ma è incompleto (mail dell'UGRCA del 04.05.2016)</p> <p>La Direzione ritiene di valutare l'obiettivo raggiunto al 100%</p> <p>L'OIVP prende atto che la Direzione ha ritenuto di valutare l'obiettivo come raggiunto al 100% pur verificando l'incompleta definizione del percorso (Verbale n. 12 OIVP in data 30.05.16)</p>			personale dirigenza	100,00%	
			personale comparto	100,00%	
obiettivo aziendale					
Percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA) rivisti nel corso del 2014:	studio di fattibilità sui singoli indicatori, con l'individuazione del metodo e responsabili della rilevazione e sperimentazione di almeno 2	evidenza della realizzazione degli indicatori	5%	5%	5%
- colon retto - ovaio - mammella - melanoma					
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento		
L'Ufficio Unità per la gestione del rischio clinico e l'accreditamento con mail del 04.05.2016 ha comunicato che per tutti i percorsi (colon retto, ovaio, mammella e melanoma) è stato effettuato lo studio di fattibilità sugli indicatori.			personale dirigenza	100,00%	
			personale comparto	100,00%	
obiettivo di struttura					
Volumi (valore) dell'attività specialistica complessiva (esterni ed interni)	valore complessivo Il risultato viene valutato come segue: valore ≥ 95% = 100% valore ≥ 90% e < 95% = 90% valore ≥ 75% e < 90% = 50% valore < 75% = 0%	€ 580.000 Valore 2014: € 579.663	50%	50%	50%
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento		
€ 563.668 Grado di raggiungimento: 97,18%			personale dirigenza	100,00%	
			personale comparto	100,00%	
obiettivo dipartimentale					

OBIETTIVI INCENTIVATI			Incentivazione: PESI		
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	dirigenza		comparto
			direttore	dirigenti	personale
Pubblicazioni scientifiche	punti di impact factor normalizzato. L'obiettivo è valutato secondo il criterio di proporzionalità con soglia minima dell'80%.	valore dipartimentale: 45	10%	10%	
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento		
54,2			personale dirigenza	100,00%	
			personale comparto		
obiettivo di struttura					
Variabili attività scientifica (Allegato 1)	punti attività scientifica della struttura operativa. I punteggi realizzati vengono valutati come segue: un punteggio > = 4 punti = 100% un punteggio < 1 punti = 0 il restante = 80%	punteggio ≥ 4	5%	5%	
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento		
6,5 punti			personale dirigenza	100,00%	
			personale comparto		
obiettivo di struttura					
garantire l'attività dell'ambulatorio per le Sindromi Genetiche del Cancro Colorettale del CRO	numero pazienti	≥ 30	10%	10%	25%
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento		
42 (mail del direttore della SOC in data 02.02.2016)			personale dirigenza	100,00%	
			personale comparto	100,00%	
obiettivo di struttura					
Screening colon retto	garantire la formazione degli operatori sanitari dei centri di primo e secondo livello della regione.	realizzazione della formazione come da indicazioni regionali	10%	10%	15%
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento		
la formazione è stata realizzata dagli operatori dell'Istituto con la partecipazione a convegni e con pubblicazioni che trattano dello screening			personale dirigenza	100,00%	
			personale comparto	100,00%	
obiettivo di struttura					
Rispettare il budget assegnato per i prodotti sanitari (esclusi farmaci)	importo dei consumi assegnato	€ 210.000	5%	5%	
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento		
Fondi Istituzionali: € 211.705 Il direttore della struttura fa presente che l'incremento è dovuto al fatto che le capsule per enteroscopia del tenue e del colon sono acquistabili in numero minimo di 5 per confezione. Pertanto a fine 2015 la struttura ha delle capsule che verranno utilizzate nel 2016. Tenuto conto delle motivazioni sopra descritte, la Direzione ritiene di valutare l'obiettivo raggiunto al 100%			personale dirigenza	100,00%	
			personale comparto		

OBIETTIVI DI VALUTAZIONE			Valutazione		
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	dirigenza		comparto
			direttore	dirigenti	personale
obiettivo di struttura					
Partecipazione ad attività formative in tema di prevenzione della corruzione	partecipazione ad almeno 1 evento formativo aziendale/regionale in materia di prevenzione della corruzione da parte dei responsabili di struttura complessa e semplice dipartimentale	partecipazione ad almeno un evento	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento		
Il responsabile della struttura ha partecipato alla formazione svolta nelle giornate del 17 e 18 Dicembre			personale dirigenza	in linea	
personale comparto					
obiettivo di struttura					
Gestire le ferie del personale del comparto	<p>Il risultato atteso è calcolato in questo modo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - per il personale con residuo ferie al 1/1/15 >6 gg: ridurre il residuo di almeno il 10% - il personale con residuo ferie al 1/1/15 ≤6 gg può al massimo mantenere al 31.12.2015 un residuo ferie ≤ 6 giorni. <p>La valutazione è effettuata a livello complessivo. Nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), ovvero di altri fattori di criticità che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso.</p>	perseguire nel percorso di abbattimento del residuo ferie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento		
Obiettivo: 107 giornate Ferie 2015: 125 giornate			personale dirigenza	in linea	
personale comparto					
obiettivo di struttura					
Gestire le ferie del personale della dirigenza	<p>Il risultato atteso è calcolato in questo modo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - per il personale con residuo ferie al 1/1/15 >6 gg: ridurre il residuo di almeno il 5% - il personale con residuo ferie al 1/1/15 ≤6 gg può al massimo mantenere al 31.12.2015 un residuo ferie ≤ 6 giorni. <p>La valutazione è effettuata a livello complessivo. Nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), ovvero di altri fattori di criticità che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso.</p>	perseguire nel percorso di abbattimento del residuo ferie.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento		
Obiettivo: 112 giornate Ferie 2015: 102 giornate Grado raggiungimento: 91,1%			personale dirigenza	non valutabile	
La nuova Direzione ha ritenuto di fare una valutazione aziendale e di dare priorità ai tempi d'attesa e all'incremento dei volumi di attività. L'obiettivo viene pertanto ritenuto non valutabile per l'anno 2015. L'OIVP prende atto che il mancato raggiungimento dell'obiettivo delle ferie deriva da sopravvenute indicazioni strategiche da parte della nuova Direzione e pertanto conferma la valutazione proposta (Verbale n. 13 OIVP in data 23.06.16)			personale comparto		
obiettivo di struttura					

OBIETTIVI DI VALUTAZIONE			Valutazione		
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	dirigenza		comparto
			direttore	dirigenti	personale
Screening colon retto	1) Tempo trascorso tra data in cui è stato refertato FOBT di screening positivo e data colonscopia: ≤ 30 giorni 2) Corretta ed esaustiva compilazione della cartella endoscopica del programma di screening	1) ≥ 90% dei casi inviati al 2° livello 2) ≥ 95%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Monitoraggio	Grado di Raggiungimento
1) 65,26%. La responsabile regionale dello screening con mail del 13.05.2016 ha precisato che nel corso del 2015 c'è sempre stata almeno una struttura che ha garantito la colonscopia entro 30 giorni; quindi eventuali ritardi nell'esecuzione dell'esame sono dovuti a esigenze dei pazienti. L'obiettivo è quindi raggiunto 2) 99,74%	personale dirigenza in linea personale comparto

SINTESI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI INCENTIVATI VALUTATI

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

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

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

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

La valutazione della precondizione è positiva (vedi delibera n. 108 del 03.05.2016 di approvazione del bilancio d'esercizio 2015)

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

Approvato dall'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance con Verbali n. 12 del 30/5/16 e n. 13 del 23/06/16

OBIETTIVI INCENTIVATI			Incentivazione: PESI			
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	dirigenza		comparto	
			direttore	dirigenti	PO/Coord	restante personal
obiettivo aziendale						
Definizione di nuovi percorsi di patologia (PDTA), con particolare riferimento a ca gastrico, testa/collo e sarcoma	predisposizione del documento finale di analisi del PDTA	entro il 31.12	5%	5%	5%	5%

Monitoraggio	Grado di Raggiungimento
<p>Con nota prot. 7675 del 06.05.2016 sono stati formalmente inviati alla direzione centrale salute il PDTA ca gastrico e il PDTA testa/collo.</p> <p>Per quanto riguarda il PDTA sarcoma si evidenzia che il percorso è stato predisposto ma è incompleto (mail dell'UGRCA del 04.05.2016)</p> <p>La Direzione ritiene di valutare l'obiettivo raggiunto al 100%</p> <p>L'OIVP prende atto che la Direzione ha ritenuto di valutare l'obiettivo come raggiunto al 100% pur verificando l'incompleta definizione del percorso (Verbale n. 12 OIVP in data 30.05.16)</p>	<p>personale dirigenza 100,00%</p> <p>personale comparto 100,00%</p>

obiettivo aziendale						
Percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA) rivisti nel corso del 2014:	studio di fattibilità sui singoli indicatori, con l'individuazione del metodo e responsabili della rilevazione e sperimentazione di almeno 2	evidenza della realizzazione degli indicatori	5%	5%	5%	5%
- colon retto						
- ovaio						
- mammella						
- melanoma						

Monitoraggio	Grado di Raggiungimento
<p>L'Ufficio Unità per la gestione del rischio clinico e l'accreditamento con mail del 04.05.2016 ha comunicato che per tutti i percorsi (colon retto, ovaio, mammella e melanoma) è stato effettuato lo studio di fattibilità sugli indicatori.</p>	<p>personale dirigenza 100,00%</p> <p>personale comparto 100,00%</p>

obiettivo di struttura						
Miglioramento dell'appropriatezza delle SDO (indicatori LEA e del piano annuale dei controlli)	% di DRG inappropriati (ricoveri ordinari) sul campione controllato dal nucleo dei controlli eventuali altri indicatori individuati nel corso del 2015	≤ 20%	10%	10%		

Monitoraggio	Grado di Raggiungimento
100% (dato fornito dalla direzione sanitaria)	<p>personale dirigenza 100,00%</p> <p>personale comparto</p>

obiettivo di struttura

OBIETTIVI INCENTIVATI
Incentivazione: PESI

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	dirigenza		comparto	
			direttore	dirigenti	PO/Coord	restante personal
Mantenimento dei volumi 2014 (valore dell'attività ambulatoriale e per interni della struttura)	valore attività specialistica complessiva Il risultato viene valutato come segue: valore ≥ 95% = 100% valore ≥ 90% e < 95% = 90% valore ≥ 75% e < 90% = 50% valore < 75% = 0%	€ 11.840.000 Valore 2014: € 11.840.537	20%	20%	70%	70%

Monitoraggio
Grado di Raggiungimento

€ 12.425.602

personale dirigenza

100,00%

personale comparto

100,00%

obiettivo di struttura

Mantenimento del rapporto anno 2014 tra trattamenti complessi IMRT, TOMO e RAPIDARC) e trattamenti complessivi erogati % di trattamenti IMRT, TOMO e RAPIDARC sul totale dei trattamenti erogati (vedi nota prot. 33/RT del 01.04.2015) **≥ 32%**

30%

30%

20%

20%

Monitoraggio
Grado di Raggiungimento

 34,1%
(mail del direttore della SOC di fisica sanitaria in data 09.02.2016).

personale dirigenza

100,00%

personale comparto

100,00%

obiettivo dipartimentale

Pubblicazioni scientifiche punti di impact factor normalizzato. L'obiettivo è valutato secondo il criterio di proporzionalità con soglia minima dell'80%. **valore dipartimentale: 45**

20%

20%

Monitoraggio
Grado di Raggiungimento

59

personale dirigenza

100,00%

personale comparto

obiettivo di struttura

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

5%

5%

Monitoraggio
Grado di Raggiungimento

15,5 punti

personale dirigenza

100,00%

personale comparto

obiettivo di struttura

OBIETTIVI INCENTIVATI			Incentivazione: PESI			
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	dirigenza		comparto	
			direttore	dirigenti	PO/Coord	restante personal
Rispettare il budget assegnato per i prodotti farmaceutici	importo dei consumi assegnato	€ 620.000 con tolleranza del -5%. Sono esclusi i tumori rari on-label	5%	5%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Monitoraggio	Grado di Raggiungimento
<p>consumi diretti: € 876.756</p> <p>Escludendo i tumori rari rendicontati dal direttore della SOC di farmacia con mail del 04.04.2016, il consumo è pari a € 867.222.</p> <p>Lo scostamento è del 39,87%.</p> <p>L'analisi effettuata dal direttore della struttura di farmacia evidenzia che c'è stato un aumento di un farmaco (abiraterone patologia della prostata) per aumento del numero di pazienti trattati in radioterapia e l'introduzione di un farmaco nuovo (ENZALUTAMIDE). (mail del 25.05.2016)</p> <p>La direzione ritiene di considerare l'obiettivo raggiunto al 100%</p>	<p>personale dirigenza 100,00%</p> <p>personale comparto</p>

OBIETTIVI DI VALUTAZIONE			Valutazione			
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	dirigenza		comparto	
			direttore	dirigenti	PO/Coord	restante personal
obiettivo di struttura						
Partecipazione ad attività formative in tema di prevenzione della corruzione	partecipazione ad almeno 1 evento formativo aziendale/regionale in materia di prevenzione della corruzione da parte dei responsabili di struttura complessa e semplice dipartimentale	partecipazione ad almeno un evento	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Monitoraggio	Grado di Raggiungimento
Il responsabile della struttura ha partecipato alla formazione svolta nelle giornate del 17 e 18 Dicembre	<p>personale dirigenza in linea</p> <p>personale comparto</p>

obiettivo di struttura						
Adozione di politiche del farmaco con particolare riferimento ai farmaci ad alto costo in accordo al Choosing Wisely dell'ASCO	<p>1. aggiornamento delle linee guida elaborate nel 2014 (per le seguenti patologie: polmone, colon retto, linfomi, mieloma, mammella e HIV) e predisposizione ulteriori linee (per le seguenti patologie: ovaio e melanoma).</p> <p>2. % di appropriatezza dei cicli prescritti</p>	<p>1. sono definite le linee guida per la prescrizione dei farmaci ad alto costo individuati entro il mese di giugno</p> <p>2. almeno il 95% per le linee guida elaborate nel 2014 e almeno il 95% a partire da agosto per le linee guida elaborate nel 2015</p>	x	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Monitoraggio	Grado di Raggiungimento
<p>1. con nota del 29.06 (prot. 12689) è stato trasmesso l'aggiornamento delle linee guida interne per la razionalizzazione dell'utilizzo dei farmaci ad alto costo.</p> <p>2. 100% (monitoraggio del direttore della SOC di farmacia con nota prot. 13 del 25.01.2016)</p>	<p>personale dirigenza in linea</p> <p>personale comparto</p>

obiettivo di struttura

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	Valutazione			
			dirigenza		comparto	
			direttore	dirigenti	PO/Coord	restante personal
Garantire le registrazioni nel RFOM per i farmaci soggetti a monitoraggio AIFA	% di inserimento nel RFOM delle informazioni previste: registrazione, diagnosi, richieste di farmaco, effetti indesiderati, rivalutazione dello stato di malattia e fine trattamento.	100% di informazioni inserite secondo le indicazioni AIFA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Monitoraggio

Grado di Raggiungimento

88,3% su 60 pazienti totali (nota prot. 4/F del 27.01.2016)

personale dirigenza
personale comparto

non in linea

obiettivo di struttura

Gestire le ferie del personale del comparto	<p>Il risultato atteso è calcolato in questo modo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - per il personale con residuo ferie al 1/1/15 >6 gg: ridurre il residuo di almeno il 10% - il personale con residuo ferie al 1/1/15 ≤6 gg può al massimo mantenere al 31.12.2015 un residuo ferie ≤ 6 giorni. <p>La valutazione è effettuata a livello complessivo. Nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), ovvero di altri fattori di criticità che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso.</p>	proseguire nel percorso di abbattimento del residuo ferie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--	--	--------------------------	--------------------------	-------------------------------------	--------------------------

Monitoraggio

Grado di Raggiungimento

Obiettivo: 1.477 giornate
Ferie 2015: 1.498 giornate

personale dirigenza
personale comparto

in linea

obiettivo di struttura

Gestire le ferie del personale della dirigenza	<p>Il risultato atteso è calcolato in questo modo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - per il personale con residuo ferie al 1/1/15 >6 gg: ridurre il residuo di almeno il 5% - il personale con residuo ferie al 1/1/15 ≤6 gg può al massimo mantenere al 31.12.2015 un residuo ferie ≤ 6 giorni. <p>La valutazione è effettuata a livello complessivo. Nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), ovvero di altri fattori di criticità che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso.</p>	proseguire nel percorso di abbattimento del residuo ferie.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	---	--	-------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------	--------------------------

Monitoraggio

Grado di Raggiungimento

Obiettivo: 480 giornate
Ferie 2015: 345 giornate
Grado raggiungimento: 71,9%
La nuova Direzione ha ritenuto di fare una valutazione aziendale e di dare priorità ai tempi d'attesa e all'incremento dei volumi di attività. L'obiettivo viene pertanto ritenuto non valutabile per l'anno 2015. L'OIVP prende atto che il mancato raggiungimento dell'obiettivo delle ferie deriva da sopravvenute indicazioni strategiche da parte della nuova Direzione e pertanto conferma la valutazione proposta (Verbale n. 13 OIVP in data 23.06.16)

personale dirigenza
personale comparto

non valutabile

obiettivo di struttura

OBIETTIVI DI VALUTAZIONE			Valutazione			
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	dirigenza		comparto	
			direttore	dirigenti	PO/Coord	restante personal
Rispettare il budget assegnato per i prodotti sanitari (esclusi farmaci)	importo dei consumi assegnato	€ 120.000	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento			
Fondi Istituzionali: € 136.711			personale dirigenza		non in linea	
			personale comparto			

SINTESI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI INCENTIVATI VALUTATI		
	% raggiungimento obiettivi incentivati	% valutazione
personale dirigenza	100,00%	100%
personale del comparto	100,00%	100%

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

La valutazione della preconditione è positiva (vedi delibera n. 108 del 03.05.2016 di approvazione del bilancio d'esercizio 2015)

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

Approvato dall'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance con Verbali n. 12 del 30/5/16 e n. 13 del 23/06/16

OBIETTIVI INCENTIVATI incentivazione/valutazione

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	dirigenza		comparto	
			direttore	dirigenti	Coord	restante personale

obiettivo aziendale

Definizione di nuovi percorsi di patologia (PDTA), con particolare riferimento a ca gastrico, testa/collo e sarcoma	predispozione del documento finale di analisi del PDTA	entro il 31.12	5%	5%	5%	5%
--	--	-----------------------	----	----	----	----

Monitoraggio

Grado di Raggiungimento

Con nota prot. 7675 del 06.05.2016 sono stati formalmente inviati alla direzione centrale salute il PDTA ca gastrico e il PDTA testa/collo.
Per quanto riguarda il PDTA sarcoma si evidenzia che il percorso è stato predisposto ma è incompleto (mail dell'UGRCA del 04.05.2016)
La Direzione ritiene di valutare l'obiettivo raggiunto al 100%
L'OIVP prende atto che la Direzione ha ritenuto di valutare l'obiettivo come raggiunto al 100% pur verificando l'incompleta definizione del percorso (Verbale n. 12 OIVP in data 30.05.16)

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

obiettivo aziendale

Percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA) rivisti nel corso del 2014: - colon retto - ovaio - mammella - melanoma	studio di fattibilità sui singoli indicatori, con l'individuazione del metodo e responsabili della rilevazione e sperimentazione di almeno 2	evidenza della realizzazione degli indicatori	5%	5%	5%	5%
--	--	--	----	----	----	----

Monitoraggio

Grado di Raggiungimento

L'Ufficio Unità per la gestione del rischio clinico e l'accreditamento con mail del 04.05.2016 ha comunicato che per tutti i percorsi (colon retto, ovaio, mammella e melanoma) è stato effettuato lo studio di fattibilità sugli indicatori.

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

obiettivo di struttura

Mantenere i volumi (valore) 2014 dell'attività ambulatoriale per esterni e per interni	valore attività specialistica complessiva Il risultato viene valutato come segue: valore ≥ 90% = 100% valore ≥ 85% e < 90% = 90% valore ≥ 80% e < 85% = 50% valore < 80% = 0%	Valore 2014: € 3.058.228	€ 3.050.000 Nella valutazione dell'obiettivo si terrà conto delle risorse di personale assegnate alla struttura nel corso d'anno come da programma annuale.	45%	45%	55%	55%
---	--	---------------------------------	--	-----	-----	-----	-----

Monitoraggio

Grado di Raggiungimento

€ 2.902.586
Grado di raggiungimento: 95,17%.
I due dirigenti medici previsti da Programma Annuale in servizio dal 01/06/15 hanno effettivamente iniziato uno il 16/07 e l'altro il 18/8/15.

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

obiettivo comune medicina nucleare e radiologia

OBIETTIVI INCENTIVATI			incentivazione/valutazione			
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	dirigenza		comparto	
			direttore	dirigenti	Coord	restante personale
Organizzazione diagnostica PET/CT con m.d.c. prevalentemente orientata ai pazienti con neoplasia del distretto ORL in follow-up e ri-stadiazione	numero di prestazioni PET/CT con m.d.c.	70 prestazioni con tolleranza del - 5%	5%	5%	5%	5%
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento			
70 (dato comunicato dalla medicina nucleare)			personale dirigenza	100,00%		
			personale comparto	100,00%		
obiettivo dipartimentale						
Pubblicazioni scientifiche	punti di impact factor normalizzato. L'obiettivo è valutato secondo il criterio di proporzionalità con soglia minima dell'80%.	valore dipartimentale: 45	20%	20%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento			
59			personale dirigenza	100,00%		
			personale comparto			
obiettivo di struttura						
Variabili attività scientifica (Allegato 1)	punti attività scientifica della struttura operativa. I punteggi realizzati vengono valutati come segue: un punteggio >= 4 punti = 100% un punteggio < 1 punti = 0 il restante = 80%	punteggio ≥ 4	5%	5%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento			
6 punti			personale dirigenza	100,00%		
			personale comparto			
obiettivo comune radiologia e fisica sanitaria						
Attivazione nuovo sito di Risonanza Magnetica a 3T	Predisposizione e verifica standard di sicurezza ai sensi del DM 02.08.91	comunicazione di installazione ai sensi del DM 02.08.91 entro giugno 2015	5%	5%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento			
<ul style="list-style-type: none"> - in data 30.06 si è ultimata la predisposizione dei documenti necessari alla comunicazione di installazione - in data 01.07 i documenti sono stati trasmessi all'ufficio affari generali per la trasmissione agli organi competenti (nota del dipartimento in data 01.07). - con nota prot. 11818 del 07.07 è stata trasmessa la comunicazione di installazione di apparecchiatura di RM agli organi competenti. Nel corso della riunione del comitato di dipartimento la direzione ha valutato positivamente il raggiungimento di questo obiettivo			personale dirigenza	100,00%		
			personale comparto			
obiettivo di struttura						

OBIETTIVI INCENTIVATI			incentivazione/valutazione			
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	dirigenza		comparto	
			direttore	dirigenti	Coord	restante personale
Certificazione e accreditamento ISO 9001-2008	richiesta della visita di certificazione ISO 9001-2008 entro il 31.12	preparazione alla visita di certificazione	5%	5%	30%	30%
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento			
La visita di certificazione sec. norma ISO-9001 2008 si è tenuta il 24 novembre 2015. Il report della visita è disponibile presso UGRCA, Direzione e strutture interessate.			personale dirigenza	100,00%		
			personale comparto	100,00%		
obiettivo di struttura						
Screening mammografico	garantire la formazione degli operatori sanitari dei centri di primo e secondo livello della regione.	realizzazione della formazione come da indicazioni regionali	5%	5%		
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento			
Nell'ottica di una riorganizzazione delle persone di riferimento dell'attività di screening regionale della mammella, l'attività di formazione è stata rinviata al 2016. Di conseguenza l'obiettivo si ritiene non valutabile			personale dirigenza	non valutabile		
			personale comparto			

OBIETTIVI DI VALUTAZIONE			incentivazione/valutazione			
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	dirigenza		comparto	
			direttore	dirigenti	Coord	restante personale
obiettivo in comune AP, radiologia e chirurgia senologica						
Mantenere l'attività 2014 del protocollo "one day diagnosis"	numero di pazienti	≥ 140 casi	x	x		
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento			
157 pazienti (dato fornito dalla struttura di anatomia patologica)			personale dirigenza	in linea		
			personale comparto			
obiettivo di struttura						
Utilizzo della RM prostatica multiparametrica	numero pazienti	100 pazienti con tolleranza del - 5%	x	x	x	x
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento			
320 (dato comunicato dalla radiologia con mail del 18.05.2016)			personale dirigenza	in linea		
			personale comparto	in linea		
obiettivo di struttura						
Partecipazione ad attività formative in tema di prevenzione della corruzione	partecipazione ad almeno 1 evento aziendale/regionale in materia di prevenzione della corruzione da parte dei responsabili di struttura complessa e semplice dipartimentale	partecipazione ad almeno un evento	x			
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento			
Il responsabile della struttura non ha partecipato alla formazione svolta nelle giornate del 17 e 18 Dicembre			personale dirigenza	non in linea		
			personale comparto			

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	incentivazione/valutazione			
			dirigenza		comparto	
			direttore	dirigenti	Coord	restante personale
obiettivo di struttura						
Gestire le ferie del personale del comparto	Il risultato atteso è calcolato in questo modo: - per il personale con residuo ferie al 1/1/15 >6 gg: ridurre il residuo di almeno il 10% - il personale con residuo ferie al 1/1/15 ≤6 gg può al massimo mantenere al 31.12.2015 un residuo ferie ≤ 6 giorni. La valutazione è effettuata a livello complessivo. Nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), ovvero di altri fattori di criticità che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso.	perseguire nel percorso di abbattimento del residuo ferie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Monitoraggio

Obiettivo: 393 giornate
Ferie 2015: 443 giornate

Grado di Raggiungimento

personale dirigenza
personale comparto

in linea

obiettivo di struttura						
Gestire le ferie del personale della dirigenza	Il risultato atteso è calcolato in questo modo: - per il personale con residuo ferie al 1/1/15 >6 gg: ridurre il residuo di almeno il 5% - il personale con residuo ferie al 1/1/15 ≤6 gg può al massimo mantenere al 31.12.2015 un residuo ferie ≤ 6 giorni. La valutazione è effettuata a livello complessivo. Nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), ovvero di altri fattori di criticità che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso.	perseguire nel percorso di abbattimento del residuo ferie.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Monitoraggio

Obiettivo: 186 giornate
Ferie 2015: 153 giornate
Grado raggiungimento: 82,3%

La nuova Direzione ha ritenuto di fare una valutazione aziendale e di dare priorità ai tempi d'attesa e all'incremento dei volumi di attività. L'obiettivo viene pertanto ritenuto non valutabile per l'anno 2015. L'OIVP prende atto che il mancato raggiungimento dell'obiettivo delle ferie deriva da sopravvenute indicazioni strategiche da parte della nuova Direzione e pertanto conferma la valutazione proposta (Verbale n. 13 OIVP in data 23.06.16)

Grado di Raggiungimento

personale dirigenza
personale comparto

non valutabile

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

Monitoraggio

7,39%

Grado di Raggiungimento

personale dirigenza
personale comparto

in linea

obiettivo di struttura

OBIETTIVI DI VALUTAZIONE			incentivazione/valutazione			
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	dirigenza		comparto	
			direttore	dirigenti	Coord	restante personale
Screening mammografico	garantire una percentuale di esami negativi refertati entro 15 giorni dall'esecuzione per lo screening di primo livello	> 90%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Monitoraggio	Grado di Raggiungimento
99,91% (AAS 5 di residenza)	personale dirigenza in linea personale comparto

obiettivo di struttura			
Rispettare il budget assegnato per i prodotti sanitari (esclusi farmaci)	importo dei consumi assegnato	€ 375.000	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Monitoraggio	Grado di Raggiungimento
Fondi Istituzionali: € 361.013	personale dirigenza in linea personale comparto

SINTESI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI INCENTIVATI VALUTATI

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

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

La valutazione della precondizione è positiva (vedi delibera n. 108 del 03.05.2016 di approvazione del bilancio d'esercizio 2015)

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

Approvato dall'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance con Verbali n. 12 del 30/5/16 e n. 13 del 23/06/16

OBIETTIVI INCENTIVATI			incentivazione/valutazione			
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	dirigenza		comparto	
			direttore	dirigenti	Coord	restante personale
obiettivo di struttura						
Garantire i volumi dell'attività ambulatoriale 2014	Valore attività specialistica ambulatoriale e per interni Il risultato viene valutato come segue: valore ≥ 95% = 100% valore ≥ 90% e < 95% = 90% valore ≥ 75% e < 90% = 50% valore < 75% = 0%	€ 400.000 Valore 2014: € 369.962	45%	45%	70%	70%
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento			
€ 406.644			personale dirigenza		100,00%	
			personale comparto		100,00%	
obiettivo dipartimentale						
Pubblicazioni scientifiche	punti di impact factor normalizzato. L'obiettivo è valutato secondo il criterio di proporzionalità con soglia minima dell'80%.	valore dipartimentale: 45	5%	5%		
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento			
59			personale dirigenza		100,00%	
			personale comparto			
obiettivo di struttura						
Variabili attività scientifica (Allegato 1)	punti attività scientifica della struttura operativa. I punteggi realizzati vengono valutati come segue: un punteggio > = 4 punti = 100% un punteggio < 1 punti = 0 il restante = 80%	punteggio ≥ 4	5%	5%		
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento			
4,5 punti			personale dirigenza		100,00%	
			personale comparto			
obiettivo di struttura						
upgrade sistema ARIA	commissioning TPS Eclipse e riconfigurazione gestione workflow ARIA	entro 31.12	35%	35%	30%	30%
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento			
E' stata svolta dalla Fisica Sanitaria tutta l'attività di verifica e controlli propedeutica all'installazione del nuovo sistema ARIA e nuovo treatment Planning System ECLIPSE (periodo: ottobre - novembre 2015). Tale attività è confermata dai test di accettazione datati 3 dicembre 2015. L'upgrade è stato operativamente effettuato nella settimana 30 novembre - 4 dicembre 2015 e l'attività clinica è ripresa con il sistema aggiornato in data 7 dicembre 2015. (nota prot. 29/FS del 25.05.2016)			personale dirigenza		100,00%	
			personale comparto		100,00%	
obiettivo di struttura						

OBIETTIVI INCENTIVATI			incentivazione/valutazione			
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	dirigenza		comparto	
			direttore	dirigenti	Coord	restante personale
Garantire la sicurezza degli operatori dall'esposizione a radiazioni non ionizzanti	Esecuzione di n. 2 corsi sulla sicurezza presso il nuovo sito di Risonanza Magnetica	Esecuzione dell'attività formativa programmata entro luglio 2015	5%	5%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Monitoraggio

Corso per addetti effettuato in data 29/5/15 rif. IRCCRO_00861 "Sicurezza in risonanza magnetica: il nuovo tomografo a 3T del CRO"
 Corso per non addetti programmato per il 22/07/15 rif. IRCCRO_00890 "Il rischio da campo magnetico statico in risonanza magnetica". Il corso non è stato tenuto causa mancanza di iscritti (era destinato a operai, vigilanza, addetti alle pulizie, VVF). La Fisica Sanitaria aveva comunque predisposto tutto il materiale per il CAF, slides comprese.

Grado di Raggiungimento

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

obiettivo comune radiologia e fisica sanitaria

Attivazione nuovo sito di Risonanza Magnetica a 3T	Predisposizione e verifica standard di sicurezza ai sensi del DM 02.08.91	comunicazione di installazione ai sensi del DM 02.08.91 entro giugno 2015	5%	5%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	---	---	----	----	--------------------------	--------------------------

Monitoraggio

- in data 30.06 si è ultimata la predisposizione dei documenti necessari alla comunicazione di installazione
 - in data 01.07 i documenti sono stati trasmessi all'ufficio affari generali per la trasmissione agli organi competenti (nota del dipartimento in data 01.07).
 - con nota prot. 11818 del 07.07 è stata trasmessa la comunicazione di installazione di apparecchiatura di RM agli organi competenti.
 Nel corso della riunione del comitato di dipartimento la direzione ha valutato positivamente il raggiungimento di questo obiettivo

Grado di Raggiungimento

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

OBIETTIVI DI VALUTAZIONE

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	incentivazione/valutazione			
			dirigenza		comparto	
			direttore	dirigenti	Coord	restante personale
obiettivo di struttura						
Partecipazione ad attività formative in tema di prevenzione della corruzione	partecipazione ad almeno 1 evento formativo aziendale/regionale in materia di prevenzione della corruzione da parte dei responsabili di struttura complessa e semplice dipartimentale	partecipazione ad almeno un evento	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Monitoraggio

Il responsabile della struttura ha partecipato alla formazione svolta nelle giornate del 17 e 18 Dicembre

Grado di Raggiungimento

personale dirigenza **in linea**
 personale comparto

obiettivo di struttura

Garantire la sicurezza degli operatori dall'esposizione a radiazioni ionizzanti	Esecuzione di un corso di radioprotezione su impiego di nuovo radio farmaco in radioterapia metabolica	Esecuzione dell'attività formativa programmata entro luglio 2015	x	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--	--	---	---	--------------------------	--------------------------

Monitoraggio

Corso effettuato in data 28/7/15 rif. IRCCRO_00886 "Terapia radiometabolica in ambiente protetto: il trattamento delle metastasi ossee con dicloruro di Ra223"

Grado di Raggiungimento

personale dirigenza **in linea**
 personale comparto

obiettivo di struttura

OBIETTIVI DI VALUTAZIONE
incentivazione/valutazione

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	incentivazione/valutazione			
			dirigenza		comparto	
			direttore	dirigenti	Coord	restante personale
Gestire le ferie del personale del comparto	Il risultato atteso è calcolato in questo modo: - per il personale con residuo ferie al 1/1/15 >6 gg: ridurre il residuo di almeno il 10% - il personale con residuo ferie al 1/1/15 ≤6 gg può al massimo mantenere al 31.12.2015 un residuo ferie ≤ 6 giorni. La valutazione è effettuata a livello complessivo. Nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), ovvero di altri fattori di criticità che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso.	proseguire nel percorso di abbattimento del residuo ferie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Monitoraggio

Obiettivo: 96 giornate
 Ferie 2015: 79 giornate
 Grado raggiungimento: 82,29%
 La nuova Direzione ha ritenuto di fare una valutazione aziendale e di dare priorità ai tempi d'attesa e all'incremento dei volumi di attività. L'obiettivo viene pertanto ritenuto non valutabile per l'anno 2015. L'OIVP prende atto che il mancato raggiungimento dell'obiettivo delle ferie deriva da sopravvenute indicazioni strategiche da parte della nuova Direzione e pertanto conferma la valutazione proposta (Verbale n. 13 OIVP in data 23.06.16)

Grado di Raggiungimento

personale dirigenza
 personale comparto non valutabile

obiettivo di struttura
Gestire le ferie del personale della dirigenza

Il risultato atteso è calcolato in questo modo:
 - per il personale con residuo ferie al 1/1/15 >6 gg: ridurre il residuo di almeno il 5%
 - il personale con residuo ferie al 1/1/15 ≤6 gg può al massimo mantenere al 31.12.2015 un residuo ferie ≤ 6 giorni.
 La valutazione è effettuata a livello complessivo.
 Nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), ovvero di altri fattori di criticità che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso.

proseguire nel percorso di abbattimento del residuo ferie.

Monitoraggio

Obiettivo: 239 giornate
 Ferie 2015: 258 giornate

Grado di Raggiungimento

personale dirigenza in linea
 personale comparto

SINTESI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI INCENTIVATI VALUTATI

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

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

gli obiettivi della posizione organizzativa sono riportati nella scheda di budget della radioterapia

La valutazione della precondizione è positiva (vedi delibera n. 108 del 03.05.2016 di approvazione del bilancio d'esercizio 2015)

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

Approvato dall'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance con Verbali n. 12 del 30/5/16 e n. 13 del 23/06/16

OBIETTIVI INCENTIVATI			incentivazione/valutazione			
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	dirigenza		comparto	
			direttore	dirigenti	Coord	restante personale
obiettivo aziendale						
Definizione di nuovi percorsi di patologia (PDTA), con particolare riferimento a gastrico, testa/collo e sarcoma	predisposizione del documento finale di analisi del PDTA	entro il 31.12	5%	5%	5%	5%

Monitoraggio

Con nota prot. 7675 del 06.05.2016 sono stati formalmente inviati alla direzione centrale salute il PDTA ca gastrico e il PDTA testa/collo.
Per quanto riguarda il PDTA sarcoma si evidenzia che il percorso è stato predisposto ma è incompleto (mail dell'UGRCA del 04.05.2016)
La Direzione ritiene di valutare l'obiettivo raggiunto al 100%
L'OIVP prende atto che la Direzione ha ritenuto di valutare l'obiettivo come raggiunto al 100% pur verificando l'incompleta definizione del percorso (Verbale n. 12 OIVP in data 30.05.16)

Grado di Raggiungimento

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

obiettivo aziendale

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	dirigenza	dirigenti	Coord	restante personale
Percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA) rivisti nel corso del 2014: - colon retto - ovaio - mammella - melanoma	studio di fattibilità sui singoli indicatori, con l'individuazione del metodo e responsabili della rilevazione e sperimentazione di almeno 2	evidenza della realizzazione degli indicatori	5%	5%	5%	5%

Monitoraggio

L'Ufficio Unità per la gestione del rischio clinico e l'accreditamento con mail del 04.05.2016 ha comunicato che per tutti i percorsi (colon retto, ovaio, mammella e melanoma) è stato effettuato lo studio di fattibilità sugli indicatori.

Grado di Raggiungimento

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

obiettivo di struttura

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	dirigenza	dirigenti	Coord	restante personale
Attività PET/CT	numero di prestazioni (ambulatoriale e per interni) Il risultato viene valutato come segue: Valore 2014: 3.914 valore ≥ 95% = 100% valore ≥ 90% e < 95% = 90% valore ≥ 75% e < 90% = 50% valore < 75% = 0%	3.700 PET	50%	55%	75%	75%

Monitoraggio

3.906

Grado di Raggiungimento

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

obiettivo di struttura

OBIETTIVI INCENTIVATI			incentivazione/valutazione			
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	dirigenza		comparto	
			direttore	dirigenti	Coord	restante personale
garantire l'attività ecografica	numero	≥ 3.000	5%	x		
Valore 2014: 4.901						

Monitoraggio	Grado di Raggiungimento
6.497	personale dirigenza 100,00% personale comparto

obiettivo di struttura

riorganizzazione dell'attività PET-CT in relazione alla nuova ri-strutturazione della medicina nucleare nell'area pordenonese. (*)	individuazione del percorso	entro 31.12 (*) La scheda potrà essere rivista in seguito all'attuazione della Linea 3.1.11 Riorganizzazione delle funzioni di MEDICINA NUCLEARE nell'Area Pordenonese	15%	15%		
---	-----------------------------	---	-----	-----	--	--

Monitoraggio	Grado di Raggiungimento
la riorganizzazione delle funzioni di MEDICINA NUCLEARE nell'Area Pordenonese è slittata al 2016. L'obiettivo pertanto non viene valutato.	personale dirigenza non valutabile personale comparto

obiettivo comune medicina nucleare e radiologia

Organizzazione diagnostica PET/CT con m.d.c. prevalentemente orientata ai pazienti con neoplasia del distretto ORL in follow-up e ri-stadiazione	numero di prestazioni PET/CT con m.d.c.	70 prestazioni con tolleranza del - 5%	5%	5%	15%	15%
--	---	--	----	----	-----	-----

Monitoraggio	Grado di Raggiungimento
70 (dato comunicato dalla medicina nucleare)	personale dirigenza 100,00% personale comparto 100,00%

obiettivo dipartimentale

Pubblicazioni scientifiche	punti di impact factor normalizzato. L'obiettivo è valutato secondo il criterio di proporzionalità con soglia minima dell'80%.	valore dipartimentale: 45	10%	10%		
----------------------------	--	---------------------------	-----	-----	--	--

Monitoraggio	Grado di Raggiungimento
59	personale dirigenza 100,00% personale comparto

obiettivo di struttura

OBIETTIVI INCENTIVATI			incentivazione/valutazione			
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	dirigenza		comparto	
			direttore	dirigenti	Coord	restante personale
Variabili attività scientifica (Allegato 1)	punti attività scientifica della struttura operativa. I punteggi realizzati vengono valutati come segue: un punteggio >= 4 punti = 100% un punteggio < 4 punti = 0 il restante = 80%	punteggio ≥ 4	5%	5%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Monitoraggio	Grado di Raggiungimento
4,5 punti	personale dirigenza 100,00% personale comparto <input type="text"/>

OBIETTIVI DI VALUTAZIONE			incentivazione/valutazione			
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	dirigenza		comparto	
			direttore	dirigenti	Coord	restante personale
obiettivo di struttura						
Partecipazione ad attività formative in tema di prevenzione della corruzione	partecipazione ad almeno 1 evento formativo aziendale/regionale in materia di prevenzione della corruzione da parte dei responsabili di struttura complessa e semplice dipartimentale	partecipazione ad almeno un evento	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Monitoraggio	Grado di Raggiungimento
Il responsabile della struttura non ha partecipato alla formazione svolta nelle giornate del 17 e 18 Dicembre	personale dirigenza non in linea personale comparto <input type="text"/>

obiettivo di struttura						
Gestire le ferie del personale del comparto	Il risultato atteso è calcolato in questo modo: - per il personale con residuo ferie al 1/1/15 >6 gg: ridurre il residuo di almeno il 10% - il personale con residuo ferie al 1/1/15 ≤6 gg può al massimo mantenere al 31.12.2015 un residuo ferie ≤ 6 giorni. La valutazione è effettuata a livello complessivo. Nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), ovvero di altri fattori di criticità che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso.	proseguire nel percorso di abbattimento del residuo ferie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	x	<input type="checkbox"/>

Monitoraggio	Grado di Raggiungimento
Obiettivo: 201 giornate Ferie 2015: 225 giornate	personale dirigenza <input type="text"/> personale comparto in linea

obiettivo di struttura

OBIETTIVI DI VALUTAZIONE **incentivazione/valutazione**

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	dirigenza		comparto	
			direttore	dirigenti	Coord	restante personale

<p>Gestire le ferie del personale della dirigenza</p>	<p>Il risultato atteso è calcolato in questo modo: - per il personale con residuo ferie al 1/1/15 >6 gg: ridurre il residuo di almeno il 5% - il personale con residuo ferie al 1/1/15 ≤6 gg può al massimo mantenere al 31.12.2015 un residuo ferie ≤ 6 giorni. La valutazione è effettuata a livello complessivo. Nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), ovvero di altri fattori di criticità che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso.</p>	<p>perseguire nel percorso di abbattimento del residuo ferie.</p>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	---	--	-------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------	--------------------------

Monitoraggio	Grado di Raggiungimento
Obiettivo: 141 giornate Ferie 2015: 149 giornate	personale dirigenza in linea personale comparto <input type="text"/>

obiettivo di struttura

<p>Rispettare il budget assegnato per i prodotti sanitari (esclusi farmaci)</p>	importo dei consumi assegnato	<p>€ 135.000</p>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	-------------------------------	-------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------	--------------------------

Monitoraggio	Grado di Raggiungimento
Fondi Istituzionali: € 94.201	personale dirigenza in linea personale comparto <input type="text"/>

obiettivo di struttura

<p>Utilizzo nuovo radiofarmaco per metastasi ossee da tumore prostatico</p>	importo dei consumi assegnato (fino ad un massimo di 10 pazienti)	<p>€ 288.000</p>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	---	-------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------	--------------------------

Monitoraggio	Grado di Raggiungimento
nome del farmaco: 223 RADIO DICLORURO consumo anno 2015: € 157.080.	personale dirigenza in linea personale comparto <input type="text"/>

SINTESI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI INCENTIVATI VALUTATI		
	% raggiungimento obiettivi incentivati	% valutazione
personale dirigenza	100,00%	85%
personale del comparto	100,00%	100%

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

La valutazione della precondizione è positiva (vedi delibera n. 108 del 03.05.2016 di approvazione del bilancio d'esercizio 2015)

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

Approvato dall'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance con Verbali n. 12 del 30/5/16 e n. 13 del 23/06/16

OBIETTIVI INCENTIVATI Incentivazione: PESI

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	Incentivazione: PESI	
			direttore	dirigenti

obiettivo aziendale

Percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA) rivisti nel corso del 2014: - colon retto - ovaio - mammella - melanoma	studio di fattibilità sui singoli indicatori, con l'individuazione del metodo e responsabili della rilevazione e sperimentazione di almeno 2	evidenza della realizzazione degli indicatori	5%	5%

Monitoraggio

Grado di Raggiungimento

L'Ufficio Unità per la gestione del rischio clinico e l'accreditamento con mail del 04.05.2016 ha comunicato che per tutti i percorsi (colon retto, ovaio, mammella e melanoma) è stato effettuato lo studio di fattibilità sugli indicatori.	100,00%
---	---------

obiettivo di struttura

Garantire i volumi (valore) dell'attività specialistica complessiva (esterni e interni) anno 2014 (esclusa convenzione policlinico)	valore complessivo Il risultato viene valutato come segue: valore ≥ 95% = 100% valore ≥ 90% e < 95% = 90% valore ≥ 75% e < 90% = 50% valore < 75% = 0%	€ 830.000 Valore 2014: € 837.844	20%	20%

Monitoraggio

Grado di Raggiungimento

€ 862.344	100,00%
-----------	---------

obiettivo dipartimentale

Pubblicazioni scientifiche	punti di impact factor normalizzato. L'obiettivo è valutato secondo il criterio di proporzionalità con soglia minima dell'80%.	valore dipartimentale: 415	20%	20%

Monitoraggio

Grado di Raggiungimento

493,5	100,00%
-------	---------

obiettivo di struttura

Variabili attività scientifica (Allegato 1)	punti attività scientifica della struttura operativa. I punteggi realizzati vengono valutati come segue: un punteggio > = 4 punti = 100% un punteggio < 1 punti = 0 il restante = 80%	punteggio ≥ 4	5%	5%

Monitoraggio

Grado di Raggiungimento

12,5 punti	100,00%
------------	---------

obiettivo in comune SOECS, AP e OS2

OBIETTIVI INCENTIVATI
Incentivazione: PESI

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	Incentivazione: PESI	
			direttore	dirigenti
Potenziamento delle analisi cliniche attraverso condivisione percorsi diagnostici	1. Percorso diagnostico integrato FISH per patologie oncoematologiche (con SOECS) 2. Monitoraggio del percorso integrato di diagnostica molecolare per patologie oncoematologiche (con SOECS) 3. Monitoraggio del percorso integrato di diagnostica molecolare per tumori solidi (con OS2)	1. evidenza del percorso entro il 31.12 2. almeno 70 richieste verso SOECS 3. almeno 70 richieste verso OS2	15%	15%

Monitoraggio
Grado di Raggiungimento

1) Alla data del 31.12.2015 percorso definito, realizzati alcuni test con esito positivo.
 2) alla data del 31. 12. 2015 sono state inviate 83 richieste verso SOECS (alcuni dei quali per analisi multiple).
 3) alla data del 31.12.2015 sono state inviate 95 richieste verso OS2.
 (mail del responsabile della struttura in data 26.05.16)

100,00%

obiettivo di struttura

Monitoraggio dei tempi di refertazione per le prestazioni per interni	garantire i seguenti tempi di refertazione: ≤ 6 giorni per le piccole biopsie; ≤ 10 giorni per i prodotti chirurgici	85% dei referti rispettano i tempi di refertazione.	10%	10%
---	--	---	-----	-----

Monitoraggio
Grado di Raggiungimento

86,44% piccole bopsie
 76,25% prodotti chirurgici
 83,59% dato aggregato
 Il Direttore della SOC fa presente che nel mese di dicembre 2015 i dirigenti medici del reparto erano 2 in meno rispetto a dicembre 2014, pertanto la Direzione ritiene di valutare l'obiettivo raggiunto.

100,00%

obiettivo di struttura

Rispettare il budget assegnato per i prodotti sanitari (esclusi farmaci)	importo assegnato a livello di struttura operativa	€ 530.000 su fondi istituzionali con tolleranza del 8%. La dir. scient assegna alla struttura € 10.000 per attività biobanca. I consumi verranno registrati nel cdc biobanca	15%	15%
--	--	---	-----	-----

Monitoraggio
Grado di Raggiungimento

Fondi Istituzionali: € 621.507
 Il responsabile della struttura con nota prot. 62/15 del 17.11.2015 ha rappresentato i fattori che hanno determinato un aumento dei consumi rispetto al budget assegnato (incremento di analisi del linfonodo sentinella nel carcinoma della mammella mediante metodica OSNA e di indagini di ibridizzazione in situ SISH). La Direzione ritiene di valutare l'obiettivo raggiunto al 100%

100,00%

obiettivo di struttura

Utilizzo dei fondi di ricerca finalizzata in scadenza nel corso del 2015	% di utilizzo	100% con tolleranza del 5%	10%	10%
--	---------------	----------------------------	-----	-----

Monitoraggio
Grado di Raggiungimento

100%

100,00%

OBIETTIVI DI VALUTAZIONE
Valutazione

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	Valutazione	
			direttore	dirigenti
obiettivo aziendale				

OBIETTIVI DI VALUTAZIONE			Valutazione	
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	direttore	dirigenti
Definizione di nuovi percorsi di patologia (PDTA), con particolare riferimento a ca gastrico, testa/collo e sarcoma	predisposizione del documento finale di analisi del PDTA	entro il 31.12	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
<p>Con nota prot. 7675 del 06.05.2016 sono stati formalmente inviati alla direzione centrale salute il PDTA ca gastrico e il PDTA testa/collo.</p> <p>Per quanto riguarda il PDTA sarcoma si evidenzia che il percorso è stato predisposto ma è incompleto (mail dell'UGRCA del 04.05.2016)</p> <p>La Direzione ritiene di valutare l'obiettivo raggiunto al 100%</p> <p>L'OIVP prende atto che la Direzione ha ritenuto di valutare l'obiettivo come raggiunto al 100% pur verificando l'incompleta definizione del percorso (Verbale n. 12 OIVP in data 30.05.16)</p>			in linea	
obiettivo in comune AP, radiologia e chirurgia senologica				
Mantenere l'attività 2014 del protocollo "one day diagnosis"	numero di pazienti	≥ 140 casi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
157 pazienti (dato fornito dalla struttura di anatomia patologica)			in linea	
obiettivo di struttura				
Partecipazione ad attività formative in tema di prevenzione della corruzione	partecipazione ad almeno 1 evento formativo aziendale/regionale in materia di prevenzione della corruzione da parte dei responsabili di struttura complessa e semplice dipartimentale	partecipazione ad almeno un evento	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
Il responsabile della struttura ha partecipato alla formazione svolta nelle giornate del 17 e 18 Dicembre			in linea	
obiettivo di struttura				
Potenziamento della ricerca attraverso la condivisione di strumenti/modelli	<ol style="list-style-type: none"> monitoraggio n. accessi alla PT Laser Microdissector comunicazioni del materiale biologico ricevuto dell'attività di recruitment per biobanca Preparazione e caratterizzazione dei campioni per caratterizzazione molecolare dei tumori per biobanca istituzionale (n.150 casi) 	<ol style="list-style-type: none"> relazione del direttore di dipartimento sulla corretta applicazione della procedura trasmissione trimestrale alla biobanca Trasmissione caratterizzazione alla biobanca istituzionale: n. 150 casi 	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
<ol style="list-style-type: none"> la procedura di accesso alla PT è stata messa a punto ed è a disposizione dei Ricercatori che fanno richiesta di utilizzo della strumentazione. I Patologi si rendono disponibili per fornire le opportune indicazioni per la selezione dei reperti patologici e il controllo di qualità. Alla Data del 31.12.2015 non è pervenuta nessuna richiesta da parte dei Ricercatori di accesso alla piattaforma. Alla data del 31.12.2015 sono stati inviati regolarmente I, II, III e IV trimestre, referente Dott.ssa Cervo. nel corso del 2015 e nel corso del 2016 sono stati identificati, selezionati, revisionati e inviati in OS1 37 casi di GIST; in SOECS 100 casi di linfomi a grandi cellule. In questi è stata eseguita caratterizzazione immunoistochimicaggiuntiva; sono inoltre stati identificati e selezionati 76 casi di linfomi follicolari che verranno inseriti nella procedura. <p>Alla data del 31.12.2015 è in corso la selezione, il tipo e il controllo del tessuto di casi con carcinoma mammario (50) che verranno inviati a breve in OS2.</p> <p>(mail del responsabile in data 26.05.16)</p>			in linea	
obiettivo di struttura				

OBIETTIVI DI VALUTAZIONE			Valutazione	
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	direttore	dirigenti
Gestire le ferie del personale della dirigenza	<p>Il risultato atteso è calcolato in questo modo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - per il personale con residuo ferie al 1/1/15 >6 gg: ridurre il residuo di almeno il 5% - il personale con residuo ferie al 1/1/15 ≤6 gg può al massimo mantenere al 31.12.2015 un residuo ferie ≤ 6 giorni. <p>La valutazione è effettuata a livello complessivo. Nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), ovvero di altri fattori di criticità che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso.</p>	proseguire nel percorso di abbattimento del residuo ferie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
<p>Obiettivo: 112 giornate Ferie 2015: 102 giornate Grado raggiungimento: 91,07%</p> <p>La nuova Direzione ha ritenuto di fare una valutazione aziendale e di dare priorità ai tempi d'attesa e all'incremento dei volumi di attività. L'obiettivo viene pertanto ritenuto non valutabile per l'anno 2015.</p> <p>L'OIVP prende atto che il mancato raggiungimento dell'obiettivo delle ferie deriva da sopravvenute indicazioni strategiche da parte della nuova Direzione e pertanto conferma la valutazione proposta (Verbale n. 13 OIVP in data 23.06.16)</p>			non valutabile	
obiettivo dipartimentale				
Realizzazione di eventi formativi ECM a livello dipartimentale	numero eventi	n. 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
<p>Accreditati n.3 eventi</p> <ul style="list-style-type: none"> - IRCCRO_00903 "Il Dipartimento di Ricerca Traslazionale incontra il Dipartimento Medico: proposte per attività di ricerca clinico sperimentali integrate per i prossimi anni (2° parte)" in data 20.10.15 - IRCCRO_00901 "Il Dipartimento di Ricerca Traslazionale incontra il Dipartimento Medico: proposte per attività di ricerca clinico sperimentali integrate per i prossimi anni" in data 06.10.15 - IRCCRO_00893 "La ricerca nel Dipartimento di Ricerca Traslazionale" in data 30.09.15 (mail della PO in data 24.05.16) 			in linea	
obiettivo di struttura				
Utilizzo del sistema di refertazione vocale	% di refertazione vocale sul totale dei referti. La valutazione sarà effettuata per singolo dirigente	≥ 80%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
Solo un dirigente è in linea con il target assegnato.			in linea solo un dirigente	
obiettivo dipartimentale				
Applicazione della procedura dipartimentale di gestione della strumentazione	acquisizione della strumentazione secondo l'approccio mini-HTA	evidenza del rispetto dell'indicatore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
sono stati prodotti i mini-HTA per tutti gli strumenti con valore > € 15.000 (mail del direttore Dipartimento in data 24.05.16)			in linea	

SINTESI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI INCENTIVATI VALUTATI

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

La valutazione della precondizione è positiva (vedi delibera n. 108 del 03.05.2016 di approvazione del bilancio d'esercizio 2015)

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

Approvato dall'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance con Verbali n. 12 del 30/5/16 e n. 13 del 23/06/16

OBIETTIVI INCENTIVATI Incentivazione: PESI

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	Incentivazione: PESI	
			direttore	dirigenti

obiettivo aziendale

Percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA) rivisti nel corso del 2014: - colon retto - ovaio - mammella - melanoma	studio di fattibilità sui singoli indicatori, con l'individuazione del metodo e responsabili della rilevazione e sperimentazione di almeno 2	evidenza della realizzazione degli indicatori	5%	5%

Monitoraggio

Grado di Raggiungimento

L'Ufficio Unità per la gestione del rischio clinico e l'accreditamento con mail del 04.05.2016 ha comunicato che per tutti i percorsi (colon retto, ovaio, mammella e melanoma) è stato effettuato lo studio di fattibilità sugli indicatori. 100,00%

obiettivo di struttura

Garantire i volumi (valore) dell'attività specialistica complessiva (esterni e interni) del 2014	valore complessivo Il risultato viene valutato come segue: valore ≥ 95% = 100% valore ≥ 90% e < 95% = 90% valore ≥ 75% e < 90% = 50% valore < 75% = 0%	€ 1.000.000 Valore 2014: € 1.135.054	25%	25%

Monitoraggio

Grado di Raggiungimento

€ 1.277.888
 Si evidenzia che la riorganizzazione dell'attività di citofluorimetria all'interno del Dipartimento ha concentrato in un unico luogo (SOECS) strumentazioni e attività a cui afferiscono gli utilizzatori delle diverse UO. I campioni destinati alla SOC MIV vengono accettati sia per gli esterni che per gli interni via CUPWEB tramite schedone della SOC MIV, ma vengono informaticamente destinati alla SOECS. Come si può ricavare dal Programma informatico DNLAB e DN Firma nel 2015 la SOC MIV ha valutato, validato e firmato 1067 esami citofluorimetrici ("Conta CD4/CD8") corrispondenti a 4268 Prestazioni da Nomenclatore Tariffario e a 93.469,2 euro di valore economico. Tale importo di attività della SOC MIV risulta formalmente attribuito alla SOECS.
 (mail del Responsabile SOC Microbiologia in data 24.05.16) 100,00%

obiettivo dipartimentale

Pubblicazioni scientifiche	punti di impact factor normalizzato. L'obiettivo è valutato secondo il criterio di proporzionalità con soglia minima dell'80%.	valore dipartimentale: 415	30%	30%

Monitoraggio

Grado di Raggiungimento

493,5 100,00%

obiettivo di struttura

OBIETTIVI INCENTIVATI			Incentivazione: PESI	
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	direttore	dirigenti
Variabili attività scientifica (Allegato 1)	punti attività scientifica della struttura operativa. I punteggi realizzati vengono valutati come segue: un punteggio >= 4 punti = 100% un punteggio < 1 punti = 0 il restante = 80%	punteggio ≥ 4	5%	5%
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
20 punti			100,00%	
obiettivo in comune SOECS, AP e OS2				
Potenziamento delle analisi cliniche attraverso condivisione percorsi diagnostici	1. Conversione NGS di prestazioni di diagnostica molecolare in oncoematologia 2. definizione del percorso diagnostico integrato FISH per patologie oncoematologiche (con AP) 3. Monitoraggio del percorso integrato di diagnostica molecolare per patologie oncoematologiche (con AP) 4. Monitoraggio CEC in tumori ovarici (con OS2)	1. entro 31.12 2. entro 31.12 3. relazione del direttore di dipartimento sulla corretta applicazione del percorso 4. relazione del direttore di dipartimento sulla corretta applicazione del percorso	10%	10%
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
1. sono stati convertiti e refertati in NGS taluni esami; operativi SF3B1, BIRC3 solo NGS (refertati circa 20 casi sinora), P53, NOTCH1, e pannello mieloproliferative (JAK2, MPL e CALR) 2. percorso di messa a punto della procedura FISH su tessuto concluso: disponibilità alla refertazione 3. in linea secondo procedura: 52 casi comprensivi di analisi molecolari BCL1, BCL2 e riarrangiamenti IG e TCR analizzati nel 2015 (100% di quelli ricevuti) 4. in linea secondo procedura (71 accertamenti al 31.12.2015) (mail responsabile della struttura del 23.5.16)			100,00%	
obiettivo di struttura				
Rispettare il budget assegnato per i prodotti sanitari (esclusi farmaci)	importo assegnato a livello di struttura operativa	€ 250.000 fondi istituzionali con tolleranza del 8% La dir. scient. assegna alla struttura € 20.000 per attività biobanca. I consumi verranno registrati nel cdc biobanca	15%	15%
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
Fondi Istituzionali: € 307.332 esclusi € 139.631 relativi al Progetto di realizzazione "Core Facility NGS". Tenuto conto anche dell'incremento di attività, la Direzione ritiene di valutare comunque l'obiettivo raggiunto al 100%			100,00%	
obiettivo di struttura				
Utilizzo dei fondi di ricerca finalizzata in scadenza nel corso del 2015	% di utilizzo	100% con tolleranza del 5%	10%	10%
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
100%			100,00%	

OBIETTIVI DI VALUTAZIONE			Valutazione	
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	direttore	dirigenti
obiettivo aziendale				

OBIETTIVI DI VALUTAZIONE			Valutazione	
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	direttore	dirigenti
Definizione di nuovi percorsi di patologia (PDTA), con particolare riferimento a ca gastrico, testa/collo e sarcoma	predisposizione del documento finale di analisi del PDTA	entro il 31.12	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
Con nota prot. 7675 del 06.05.2016 sono stati formalmente inviati alla direzione centrale salute il PDTA ca gastrico e il PDTA testa/collo. Per quanto riguarda il PDTA sarcoma si evidenzia che il percorso è stato predisposto ma è incompleto (mail dell'UGRCA del 04.05.2016) La Direzione ritiene di valutare l'obiettivo raggiunto al 100% L'OIVP prende atto che la Direzione ha ritenuto di valutare l'obiettivo come raggiunto al 100% pur verificando l'incompleta definizione del percorso (Verbale n. 12 OIVP in data 30.05.16)			<input type="checkbox"/> in linea	
obiettivo di struttura				
Partecipazione ad attività formative in tema di prevenzione della corruzione	partecipazione ad almeno 1 evento formativo aziendale/regionale in materia di prevenzione della corruzione da parte dei responsabili di struttura complessa e semplice dipartimentale	partecipazione ad almeno un evento	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
Il responsabile della struttura non ha partecipato alla formazione svolta nelle giornate del 17 e 18 Dicembre			<input type="checkbox"/> non in linea	
obiettivo di struttura				
Potenziamento della ricerca attraverso la condivisione di strumenti/modelli	1. Monitoraggio n. accessi alla PT Citofluorimetria 2. comunicazioni del materiale biologico congelato dell'attività di recruitment per biobanca 3. Caratterizzazione molecolare linfomi per biobanca istituzionale	1. relazione del direttore di dipartimento sulla corretta applicazione della procedura 2. trasmissione trimestrale alla biobanca 3. trasmissione caratterizzazione alla biobanca istituzionale: n. 50 casi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
1. in linea secondo procedura: gli accessi sono praticamente quotidiani sia interni che esterni 2. inviati regolarmente secondo le scadenze stabilite (mail del responsabile del 23.05.16) 3. sono stati trasmessi campioni di linfoma diffuso a grandi cellule da parte dell'anatomia patologica (trasmissione effettuata nel 2016) che sono attualmente in corso di analisi (mail del responsabile in data 23.05.16)			<input type="checkbox"/> in linea	
obiettivo di struttura				
Potenziamento delle attività integrate clinico sperimentali	Monitoraggio di attività di ambulatori di interesse clinico sperimentale (LLC)	≥ 20 nuove cartelle	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
20 (fonte dati G3 - Lista lavoro Ambulatorio CLL)			<input type="checkbox"/> in linea	
obiettivo di struttura				

OBIETTIVI DI VALUTAZIONE			Valutazione	
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	direttore	dirigenti
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gestire le ferie del personale della dirigenza	<p>Il risultato atteso è calcolato in questo modo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - per il personale con residuo ferie al 1/1/15 >6 gg: ridurre il residuo di almeno il 5% - il personale con residuo ferie al 1/1/15 ≤6 gg può al massimo mantenere al 31.12.2015 un residuo ferie ≤ 6 giorni. <p>La valutazione è effettuata a livello complessivo. Nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), ovvero di altri fattori di criticità che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso.</p>	perseguire nel percorso di abbattimento del residuo ferie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Monitoraggio	Grado di Raggiungimento
Obiettivo: 140 giornate Ferie 2015: 155 giornate	<input type="checkbox"/> in linea

obiettivo dipartimentale				
Realizzazione di eventi formativi ECM a livello dipartimentale	numero eventi	n. 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Monitoraggio	Grado di Raggiungimento
<p>Accreditati n.3 eventi</p> <ul style="list-style-type: none"> - IRCCRO_00903 "Il Dipartimento di Ricerca Traslazionale incontra il Dipartimento Medico: proposte per attività di ricerca clinico sperimentali integrate per i prossimi anni (2° parte)" in data 20.10.15 - IRCCRO_00901 "Il Dipartimento di Ricerca Traslazionale incontra il Dipartimento Medico: proposte per attività di ricerca clinico sperimentali integrate per i prossimi anni" in data 06.10.15 - IRCCRO_00893 "La ricerca nel Dipartimento di Ricerca Traslazionale" in data 30.09.15 (mail della PO in data 24.05.16) 	<input type="checkbox"/> in linea

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

Monitoraggio	Grado di Raggiungimento
sono stati prodotti i mini-HTA per tutti gli strumenti con valore > € 15.000 (mail del direttore Dipartimento in data 24.05.16)	<input type="checkbox"/> in linea

SINTESI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI INCENTIVATI VALUTATI		
	% raggiungimento obiettivi incentivati	% valutazione
personale dirigenza	100,00%	100%

La valutazione della preconditione è positiva (vedi delibera n. 108 del 03.05.2016 di approvazione del bilancio d'esercizio 2015)

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

Approvato dall'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance con Verbali n. 12 del 30/5/16 e n. 13 del 23/06/16

OBIETTIVI INCENTIVATI Incentivazione: PESI

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	Incentivazione: PESI	
			direttore	dirigenti

obiettivo aziendale

Percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA) rivisti nel corso del 2014: - colon retto - ovaio - mammella - melanoma	studio di fattibilità sui singoli indicatori, con l'individuazione del metodo e responsabili della rilevazione e sperimentazione di almeno 2	evidenza della realizzazione degli indicatori	5%	5%
--	--	---	----	----

Monitoraggio

Grado di Raggiungimento

L'Ufficio Unità per la gestione del rischio clinico e l'accreditamento con mail del 04.05.2016 ha comunicato che per tutti i percorsi (colon retto, ovaio, mammella e melanoma) è stato effettuato lo studio di fattibilità sugli indicatori.	100,00%
---	---------

obiettivo di struttura

Volumi (valore) dell'attività specialistica complessiva (esterni e interni)	valore complessivo Il risultato viene valutato come segue: valore ≥ 95% = 100% valore ≥ 90% e < 95% = 90% valore ≥ 75% e < 90% = 50% valore < 75% = 0%	€ 850.000 Valore 2014: € 896.725	35%	35%
--	---	---	-----	-----

Monitoraggio

Grado di Raggiungimento

€ 791.017 Si evidenzia che la riorganizzazione dell'attività di citofluorimetria all'interno del Dipartimento ha concentrato in un unico luogo (SOECS) strumentazioni e attività a cui afferiscono gli utilizzatori delle diverse UO. I campioni destinati alla SOC MIV vengono accettati sia per gli esterni che per gli interni via CUPWEB tramite schedone della SOC MIV, ma vengono informaticamente destinati alla SOECS. Come si può ricavare dal Programma informatico DNLAB e DNfirma nel 2015 la SOC MIV ha valutato, validato e firmato 1067 esami citofluorimetrici ("Conta CD4/CD8") corrispondenti a 4268 Prestazioni da Nomenclatore Tariffario e a 93.469,2 euro di valore economico che va quindi aggiunto ai 791.017 euro di cui sopra per un totale di 884.486,2 euro Volumi (valore) dell'attività specialistica complessiva (esterni e interni) della SOC MIV per l'anno 2015 (mail del Responsabile SOC in data 24.05.16)	100,00%
---	---------

obiettivo dipartimentale

Pubblicazioni scientifiche	punti di impact factor normalizzato. L'obiettivo è valutato secondo il criterio di proporzionalità con soglia minima dell'80%.	valore dipartimentale: 415	20%	20%
-----------------------------------	--	----------------------------	-----	-----

Monitoraggio

Grado di Raggiungimento

493,5	100,00%
-------	---------

obiettivo di struttura

OBIETTIVI INCENTIVATI	Incentivazione: PESI
------------------------------	-----------------------------

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	direttore	dirigenti
Variabili attività scientifica (Allegato 1)	punti attività scientifica della struttura operativa. I punteggi realizzati vengono valutati come segue: un punteggio > = 4 punti = 100% un punteggio < 1 punti = 0 il restante = 80%	punteggio ≥ 4	5%	5%



obiettivo di struttura

Potenziamento delle analisi cliniche attraverso condivisione percorsi diagnostici	Nuove prestazioni di diagnostica molecolare e/o rapida microbiologica	n.2 nuove prestazioni: - Determinazione delle resistenze di HIV agli Inibitori dell'Integrasi entro il 30.06 - HBV-DNA entro il 31.12	5%	5%
--	---	--	----	----



La prestazione "Determinazione delle resistenze di HIV agli Inibitori dell'Integrasi" è stata parametrizzata e resa disponibile nei programmi gestionali entro il 30/06. Si tratta di un esame per la valutazione dell'efficacia di farmaci antiretrovirali per la terapia di pazienti con infezione da HIV-1.
Per la prestazione "HBV-DNA" la metodica di esecuzione è stata scelta, lo strumento è disponibile, sono state fatte le richieste di acquisizione dei reattivi per l'esecuzione di routine e sono state fatte prove di esecuzione. L'autorizzazione all'acquisizione sistematica dei reattivi ha avuto un iter amministrativo lungo da parte dell'EGAS a motivo della riorganizzazione dell'attività dei Laboratori nell'ambito della riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale. L'attività di riorganizzazione non è a tutt'oggi compiuta. Per tale motivo l'EGAS ha provveduto a prorogare i contratti in essere. L'autorizzazione all'acquisto ci è stata formalizzata il 5 febbraio 2016 (Prot. 1974/T della SOTI CRO) e anticipata per le vie brevi dieci giorni prima: per questo motivo, come evidenziabile dal programma DNLAB e DNfirma, i primi Referti sono dei giorni 28 e 29 gennaio 2016 e poi sistematicamente tutti dal 1 febbraio 2016. Con autorizzazione precedente avremmo anticipato l'esecuzione a cui eravamo pronti da mesi. (mail del Responsabile SOC in data 24.05.16)

100,00%

obiettivo di struttura

Rispettare il budget assegnato per i prodotti sanitari (esclusi farmaci)	importo assegnato a livello di struttura operativa	€ 430.000 fondi istituzionali con tolleranza del 8%	20%	20%
---	--	--	-----	-----



Fondi Istituzionali: € 561.059
Il Responsabile della Struttura con mail del 24.05.16 evidenzia che l'incremento di attività ha comportato un incremento dei consumi. Inoltre nel corso dell'anno varie U.O (in particolare la SOS Alte Dosi) hanno chiesto, al fine di accelerare le risposte per alcuni pazienti particolari, di aumentare le sedute analitiche di alcuni esami (quindi con minori campioni e maggiore spesa). Tenuto conto di quanto dichiarato dal direttore della Struttura, la Direzione ritiene di valutare l'obiettivo raggiunto al 100%.

100,00%

obiettivo di struttura

Utilizzo dei fondi di ricerca finalizzata in scadenza nel corso del 2015	% di utilizzo	100% con tolleranza del 5%	10%	10%
---	---------------	-----------------------------------	-----	-----



100%

OBIETTIVI DI VALUTAZIONE	Valutazione
---------------------------------	--------------------

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	direttore	dirigenti
-----------	----------------------	-------------	-----------	-----------

obiettivo aziendale

OBIETTIVI DI VALUTAZIONE			Valutazione	
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	direttore	dirigenti
Definizione di nuovi percorsi di patologia (PDTA), con particolare riferimento a ca gastrico, testa/collo e sarcoma	predisposizione del documento finale di analisi del PDTA	entro il 31.12	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
<p>Con nota prot. 7675 del 06.05.2016 sono stati formalmente inviati alla direzione centrale salute il PDTA ca gastrico e il PDTA testa/collo.</p> <p>Per quanto riguarda il PDTA sarcoma si evidenzia che il percorso è stato predisposto ma è incompleto (mail dell'UGRCA del 04.05.2016)</p> <p>La Direzione ritiene di valutare l'obiettivo raggiunto al 100%</p> <p>L'OIVP prende atto che la Direzione ha ritenuto di valutare l'obiettivo come raggiunto al 100% pur verificando l'incompleta definizione del percorso (Verbale n. 12 OIVP in data 30.05.16)</p>			in linea	
obiettivo di struttura				
Partecipazione ad attività formative in tema di prevenzione della corruzione	partecipazione ad almeno 1 evento formativo aziendale/regionale in materia di prevenzione della corruzione da parte dei responsabili di struttura complessa e semplice dipartimentale	partecipazione ad almeno un evento	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
Il responsabile della struttura ha partecipato alla formazione svolta nelle giornate del 17 e 18 Dicembre			in linea	
obiettivo di struttura				
Monitoraggio microbiologico per camere bianche	controlli mensili secondo protocollo e analisi delle eventuali criticità	evidenza dei controlli (monitoraggio del responsabile della struttura di Trattamento cellule staminali)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
<p>Tutti i controlli sono stati eseguiti e refertati. (mail del responsabile in data 24.05.16)</p> <p>Si è monitorato dal punto di vista microbiologico ogni ingresso in camera bianca secondo lo schema procedura validato ed accreditato ISO/CNS/CNT e JACIE.</p> <p>I monitoraggi microbiologici vengono eseguiti secondo procedura validata e i risultati consegnati e discussi. I report riguardanti le attività del 2015 sono pervenuti con prot. N. 69/MIV/15 e N. 17/MIV/16. Sono entrambi conservati presso la SOSD TCS-TC e il verbale di discussione registrato e conservato in QUALIBUS. (mail del responsabile della SOSD trattamento cellule staminali del 20.05.16)</p>			in linea	
obiettivo di struttura				
Sorveglianza microbiologica sulla ristorazione secondo il manuale HACCP adottato dall'Istituto	controlli mensili secondo protocollo e analisi delle eventuali criticità. Sono esclusi i controlli sugli alimenti	evidenza dei controlli (monitoraggio della direzione sanitaria).	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
20.01-23.02-24.03-27.04 (prot. 8318 del 12.05), 27.05 (prot. 10956 del 19.06), 23/06, 28.07,25.08, 29.09 (mail prot. 17185 del 14.10), 20.10, 25.11, 15.12 e 19.01.2016 (mail prot. 9 del 09.02.2016)			in linea	
obiettivo di struttura				

OBIETTIVI DI VALUTAZIONE			Valutazione	
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	direttore	dirigenti
Potenziamento della ricerca attraverso la condivisione di strumenti/modelli	1. Monitoraggio n. accessi alla PT Luminex 2. comunicazioni del materiale biologico congelato dell'attività di recruitment per bioanca	1. relazione del direttore di dipartimento sulla corretta applicazione della procedura 2. trasmissione trimestrale alla bioanca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Monitoraggio

Grado di Raggiungimento

1. la procedura di accesso alla PT Luminex è stata messa a punto ed è a disposizione dei Ricercatori che ne fanno richiesta di utilizzo; negli anni scorsi le richieste di utilizzo sono state tutte accolte. Nel 2015 è stata fatta un'unica richiesta che è stata accolta (Dr.ssa Elena Muraro della SOSD BIT)
2. inviati regolarmente secondo le scadenze stabilite (mail del responsabile del 24.05.16)

in linea

obiettivo di struttura

Gestire le ferie del personale della dirigenza

Il risultato atteso è calcolato in questo modo:
- per il personale con residuo ferie al 1/1/15 >6 gg: ridurre il residuo di almeno il 5%
- il personale con residuo ferie al 1/1/15 ≤6 gg può al massimo mantenere al 31.12.2015 un residuo ferie ≤ 6 giorni.
La valutazione è effettuata a livello complessivo.
Nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), ovvero di altri fattori di criticità che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso.

proseguire nel percorso di abbattimento del residuo ferie.

Monitoraggio

Grado di Raggiungimento

Obiettivo: 149 giornate
Ferie 2015: 109 giornate
Grado raggiungimento: 73,15%
La nuova Direzione ha ritenuto di fare una valutazione aziendale e di dare priorità ai tempi d'attesa e all'incremento dei volumi di attività. L'obiettivo viene pertanto ritenuto non valutabile per l'anno 2015.
L'OIVP prende atto che il mancato raggiungimento dell'obiettivo delle ferie deriva da sopravvenute indicazioni strategiche da parte della nuova Direzione e pertanto conferma la valutazione proposta (Verbale n. 13 OIVP in data 23.06.16)

non valutabile

obiettivo dipartimentale

Realizzazione di eventi formativi ECM a livello dipartimentale

numero eventi

n. 3

Monitoraggio

Grado di Raggiungimento

Accreditati n.3 eventi
- IRCCRO_00903 "Il Dipartimento di Ricerca Traslazionale incontra il Dipartimento Medico: proposte per attività di ricerca clinico sperimentali integrate per i prossimi anni (2° parte)" in data 20.10.15
- IRCCRO_00901 "Il Dipartimento di Ricerca Traslazionale incontra il Dipartimento Medico: proposte per attività di ricerca clinico sperimentali integrate per i prossimi anni" in data 06.10.15
- IRCCRO_00893 "La ricerca nel Dipartimento di Ricerca Traslazionale" in data 30.09.15
(mail della PO in data 24.05.16)

in linea

obiettivo dipartimentale

OBIETTIVI DI VALUTAZIONE			Valutazione	
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	direttore	dirigenti
Applicazione della procedura dipartimentale di gestione della strumentazione	acquisizione della strumentazione secondo l'approccio mini-HTA	evidenza del rispetto dell'indicatore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Monitoraggio	Grado di Raggiungimento
sono stati prodotti i mini-HTA per tutti gli strumenti con valore > € 15.000 (mail del direttore Dipartimento in data 24.05.16)	in linea

SINTESI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI INCENTIVATI VALUTATI	
	% raggiungimento obiettivi incentivati
personale dirigenza	99,00%
	% valutazione
	100%

La valutazione della preconditione è positiva (vedi delibera n. 108 del 03.05.2016 di approvazione del bilancio d'esercizio 2015)

Approvato dall'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance con Verbali n. 12 del 30/5/16 e n. 13 del 23/06/16

OBIETTIVI INCENTIVATI			Incentivazione: PESI	
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	direttore	dirigenti

obiettivo aziendale

Percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA) rivisti nel corso del 2014: - colon retto - ovaio - mammella - melanoma	studio di fattibilità sui singoli indicatori, con l'individuazione del metodo e responsabili della rilevazione e sperimentazione di almeno 2	evidenza della realizzazione degli indicatori	5%	5%
--	--	--	----	----

Monitoraggio

Grado di Raggiungimento

L'Ufficio Unità per la gestione del rischio clinico e l'accreditamento con mail del 04.05.2016 ha comunicato che per tutti i percorsi (colon retto, ovaio, mammella e melanoma) è stato effettuato lo studio di fattibilità sugli indicatori.	100,00%
---	---------

obiettivo di struttura

Garantire i volumi (valore) dell'attività specialistica complessiva (esterni e interni) del 2014	valore complessivo Il risultato viene valutato come segue: valore ≥ 95% = 100% valore ≥ 90% e < 95% = 90% valore ≥ 75% e < 90% = 50% valore < 75% = 0%	€ 2.420.000 Valore 2014: € 2.422.228	45%	45%
---	---	---	-----	-----

Monitoraggio

Grado di Raggiungimento

€ 2.555.154	100,00%
-------------	---------

obiettivo dipartimentale

Pubblicazioni scientifiche	punti di impact factor normalizzato. L'obiettivo è valutato secondo il criterio di proporzionalità con soglia minima dell'80%.	valore dipartimentale: 415	20%	20%
-----------------------------------	--	-----------------------------------	-----	-----

Monitoraggio

Grado di Raggiungimento

493,5	100,00%
-------	---------

obiettivo di struttura

Variabili attività scientifica (Allegato 1)	punti attività scientifica della struttura operativa. I punteggi realizzati vengono valutati come segue: un punteggio >= 4 punti = 100% un punteggio < 1 punti = 0 il restante = 80%	punteggio ≥ 4	5%	5%
--	---	----------------------	----	----

Monitoraggio

Grado di Raggiungimento

3,5 punti	80,00%
-----------	--------

obiettivo di struttura

OBIETTIVI INCENTIVATI			Incentivazione: PESI	
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	direttore	dirigenti
Gestione del sistema informatico per la diagnostica DRT	inserimento delle nuove prestazioni del dipartimento	supporto nuovi percorsi/prestazioni del dipartimento (relazione del direttore di dipartimento)	5%	5%
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
E' stato dato supporto all'attività diagnostica dell'OS2 in termini di rendicontazione delle prestazioni. Attendiamo ancora le specifiche della Regione per procedere nella refertazione su DNALB. (mail del responsabile SOC 18/5/2016)			100,00%	
obiettivo di struttura				
Rispettare il budget assegnato per i prodotti sanitari (esclusi farmaci)	importo assegnato a livello di struttura operativa	€ 900.000 fondi istituzionali con tolleranza del 8%	15%	15%
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
Fondi Istituzionali: € 1.000.920 Tenuto conto dell'incremento di attività, la Direzione ritiene di valutare l'obiettivo raggiunto al 100%			100,00%	
obiettivo di struttura				
Utilizzo dei fondi di ricerca finalizzata in scadenza nel corso del 2015	% di utilizzo	100% con tolleranza del 5%	5%	5%
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
100%			100,00%	

OBIETTIVI DI VALUTAZIONE			Valutazione	
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	direttore	dirigenti
obiettivo aziendale				
Definizione di nuovi percorsi di patologia (PDTA), con particolare riferimento a ca gastrico, testa/collo e sarcoma	predisposizione del documento finale di analisi del PDTA	entro il 31.12	x	x
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
Con nota prot. 7675 del 06.05.2016 sono stati formalmente inviati alla direzione centrale salute il PDTA ca gastrico e il PDTA testa/collo. Per quanto riguarda il PDTA sarcoma si evidenzia che il percorso è stato predisposto ma è incompleto (mail dell'UGRCA del 04.05.2016) La Direzione ritiene di valutare l'obiettivo raggiunto al 100% L'OIVP prende atto che la Direzione ha ritenuto di valutare l'obiettivo come raggiunto al 100% pur verificando l'incompleta definizione del percorso (Verbale n. 12 OIVP in data 30.05.16)			in linea	
obiettivo di struttura				
Partecipazione ad attività formative in tema di prevenzione della corruzione	partecipazione ad almeno 1 evento aziendale/regionale in materia di prevenzione della corruzione da parte dei responsabili di struttura complessa e semplice dipartimentale	partecipazione ad almeno un evento	x	
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
Il responsabile della struttura ha partecipato alla formazione svolta nelle giornate del 17 e 18 Dicembre			in linea	

OBIETTIVI DI VALUTAZIONE			Valutazione	
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	direttore	dirigenti
obiettivo di struttura				
Potenziamento delle analisi cliniche attraverso condivisione percorsi diagnostici	Nuove prestazioni di diagnostica oncologica	n.1 nuovo marcatore in DN_LAB entro il 31/12	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
Sono stati implementati due nuovi marcatori oncologici (CA50 e CA72.4). A causa dei problemi legati al software DNALB (attualmente in rivalutazione per la fusione con Pordenone) abbiamo eseguito i dosaggi di prova. Il test è stato comunque parametrizzato. I due marcatori sono stati inseriti nell'offerta diagnostica da Aprile 2016. (mail del responsabile SOC 18/5/2016)			in linea	
obiettivo di struttura				
Potenziamento della ricerca attraverso la condivisione di strumenti/modelli	comunicazioni del materiale biologico ricevuto dell'attività di recruitment per biobanca	evidenza comunicazioni trimestrali	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
comunicazioni ricevute regolarmente secondo le scadenze stabilite (mail del responsabile del 23.05.16)			in linea	
obiettivo di struttura				
Gestire le ferie del personale della dirigenza	<p>Il risultato atteso è calcolato in questo modo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - per il personale con residuo ferie al 1/1/15 >6 gg: ridurre il residuo di almeno il 5% - il personale con residuo ferie al 1/1/15 ≤6 gg può al massimo mantenere al 31.12.2015 un residuo ferie ≤ 6 giorni. <p>La valutazione è effettuata a livello complessivo. Nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), ovvero di altri fattori di criticità che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso.</p>	proseguire nel percorso di abbattimento del residuo ferie.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
<p>Obiettivo: 140 giornate Ferie 2015: 133 giornate Grado raggiungimento: 95%</p> <p>La nuova Direzione ha ritenuto di fare una valutazione aziendale e di dare priorità ai tempi d'attesa e all'incremento dei volumi di attività. L'obiettivo viene pertanto ritenuto non valutabile per l'anno 2015.</p> <p>L'OIVP prende atto che il mancato raggiungimento dell'obiettivo delle ferie deriva da sopravvenute indicazioni strategiche da parte della nuova Direzione e pertanto conferma la valutazione proposta (Verbale n. 13 OIVP in data 23.06.16)</p>			non valutabile	
obiettivo dipartimentale				
Realizzazione di eventi formativi ECM a livello dipartimentale	numero eventi	n. 3	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
<p>Accreditati n.3 eventi</p> <ul style="list-style-type: none"> - IRCCRO_00903 "Il Dipartimento di Ricerca Traslaazionale incontra il Dipartimento Medico: proposte per attività di ricerca clinico sperimentali integrate per i prossimi anni (2° parte)" in data 20.10.15 - IRCCRO_00901 "Il Dipartimento di Ricerca Traslaazionale incontra il Dipartimento Medico: proposte per attività di ricerca clinico sperimentali integrate per i prossimi anni" in data 06.10.15 - IRCCRO_00893 "La ricerca nel Dipartimento di Ricerca Traslaazionale" in data 30.09.15 <p>(mail della PO in data 24.05.16)</p>			in linea	
obiettivo dipartimentale				

OBIETTIVI DI VALUTAZIONE			Valutazione	
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	direttore	dirigenti
Applicazione della procedura dipartimentale di gestione della strumentazione	acquisizione della strumentazione secondo l'approccio mini-HTA	evidenza del rispetto dell'indicatore	x	x

Monitoraggio	Grado di Raggiungimento
sono stati prodotti i mini-HTA per tutti gli strumenti con valore > € 15.000 (mail del direttore Dipartimento in data 24.05.16)	in linea

SINTESI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI INCENTIVATI VALUTATI		
	% raggiungimento obiettivi incentivati	% valutazione
personale dirigenza	99,00%	100%

Approvato dall'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance con Verbali n. 12 del 30/5/16 e n. 13 del 23/06/16

OBIETTIVI INCENTIVATI			Incentivazione: PESI	
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	direttore	dirigenti
			obiettivo aziendale Percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA) rivisti nel corso del 2014: - colon retto - ovaio - mammella - melanoma	
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
L'Ufficio Unità per la gestione del rischio clinico e l'accreditamento con mail del 04.05.2016 ha comunicato che per tutti i percorsi (colon retto, ovaio, mammella e melanoma) è stato effettuato lo studio di fattibilità sugli indicatori.			100,00%	
obiettivo di struttura Contributo laboratoristico all'attività trapiantologica			30%	30%
valore stimato per 42 trapianti Il risultato viene valutato come segue: valore ≥ 95% = 100% valore ≥ 90% e < 95% = 90% valore ≥ 75% e < 90% = 50% valore < 75% = 0% Questo obiettivo è correlato all'obiettivo di individuazione di un percorso per la valorizzazione dell'attività di trapianto			≥ 327.000 (il target di 42 trapianti è determinato considerando il trasferimento al 3° piano entro il 01.05. In caso di ritardi il target sarà rivalutato nel mese di settembre)	
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
44 trapianti. Con mail del 11.01.2016 è stata trasmessa la valorizzazione dell'attività: € 413.978			100,00%	
obiettivo dipartimentale Pubblicazioni scientifiche			20%	20%
punti di impact factor normalizzato. L'obiettivo è valutato secondo il criterio di proporzionalità con soglia minima dell'80%.			valore dipartimentale: 415	
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
493,5			100,00%	
obiettivo di struttura Variabili attività scientifica (Allegato 1)			5%	5%
punti attività scientifica della struttura operativa. I punteggi realizzati vengono valutati come segue: un punteggio > = 4 punti = 100% un punteggio < 1 punti = 0 il restante = 80%			punteggio ≥ 4	
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
3,5 punti			80,00%	
obiettivo di struttura				

OBIETTIVI INCENTIVATI			Incentivazione: PESI	
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	direttore	dirigenti
Potenziamento delle attività integrate clinico sperimentali	Predisposizione di un report valutativo per n. 2 professionisti da parte del San Gerardo di Monza	Addestramento personale Camere Bianche GMP entro il 31.12	15%	15%
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
L'addestramento del personale per procedure GMP presso la Cell factory di Monza è avvenuta secondo questa modalità: dr. Mario Mazzucato, Qualified Person (QP) , gennaio e giugno 2015 dr.ssa Cristina Durante, Responsabile Assicurazione Qualità (RAQ), giugno 2015 dr. Francesco Agostini, Responsabile Qualità (RQ), maggio 2015 TLSB Stefania Zanolin, Direttore alla Produzione (DP), luglio 2015 TLSB Marco Valvasori, Tecnico alla Produzione (TP), giugno 2015 (mail del responsabile in data 20.05.16)			100,00%	
obiettivo di struttura				
Individuazione di un percorso per la valorizzazione del 100% delle procedure	- individuazione del percorso - valorizzazione dell'attività	evidenza della realizzazione dell'indicatore	20%	20%
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
con nota prot. 15-47 del 17.04.2015 è stato individuato il percorso per la valorizzazione dell'attività. La valorizzazione dell'attività 2015 è pari a € 413.978 (mail del responsabile della struttura in data 11.01.2016)			100,00%	
obiettivo di struttura				
Rispettare il budget assegnato per i prodotti sanitari (esclusi farmaci)	importo assegnato a livello di struttura operativa	€ 50.000 su fondi istituzionali con tolleranza del 8%	2,5%	2,5%
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
Fondi Istituzionali: € 40.860			100,00%	
obiettivo di struttura				
Utilizzo dei fondi di ricerca finalizzata in scadenza nel corso del 2015	% di utilizzo	100% con tolleranza del 5%	2,5%	2,5%
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
100%			100,00%	

OBIETTIVI DI VALUTAZIONE			Valutazione	
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	direttore	dirigenti
obiettivo aziendale				

OBIETTIVI DI VALUTAZIONE			Valutazione	
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	direttore	dirigenti
Definizione di nuovi percorsi di patologia (PDTA), con particolare riferimento a ca gastrico, testa/collo e sarcoma	predisposizione del documento finale di analisi del PDTA	entro il 31.12	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
Con nota prot. 7675 del 06.05.2016 sono stati formalmente inviati alla direzione centrale salute il PDTA ca gastrico e il PDTA testa/collo. Per quanto riguarda il PDTA sarcoma si evidenzia che il percorso è stato predisposto ma è incompleto (mail dell'UGRCA del 04.05.2016) La Direzione ritiene di valutare l'obiettivo raggiunto al 100% L'OIVP prende atto che la Direzione ha ritenuto di valutare l'obiettivo come raggiunto al 100% pur verificando l'incompleta definizione del percorso (Verbale n. 12 OIVP in data 30.05.16)			<input type="checkbox"/> in linea	
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
Partecipazione ad attività formative in tema di prevenzione della corruzione	partecipazione ad almeno 1 evento formativo aziendale/regionale in materia di prevenzione della corruzione da parte dei responsabili di struttura complessa e semplice dipartimentale	partecipazione ad almeno un evento	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
Il responsabile della struttura ha partecipato alla formazione svolta nelle giornate del 17 e 18 Dicembre			<input type="checkbox"/> in linea	
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
Gestire le ferie del personale della dirigenza	Il risultato atteso è calcolato in questo modo: - per il personale con residuo ferie al 1/1/15 >6 gg: ridurre il residuo di almeno il 5% - il personale con residuo ferie al 1/1/15 ≤6 gg può al massimo mantenere al 31.12.2015 un residuo ferie ≤ 6 giorni. La valutazione è effettuata a livello complessivo. Nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), ovvero di altri fattori di criticità che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso.	proseguire nel percorso di abbattimento del residuo ferie.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
Obiettivo: 97 giornate Ferie 2015: 106 giornate			<input type="checkbox"/> in linea	
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
Realizzazione di eventi formativi ECM a livello dipartimentale	numero eventi	n. 3	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
Accreditati n.3 eventi - IRCCRO_00903 "Il Dipartimento di Ricerca Traslazionale incontra il Dipartimento Medico: proposte per attività di ricerca clinico sperimentali integrate per i prossimi anni (2° parte)" in data 20.10.15 - IRCCRO_00901 "Il Dipartimento di Ricerca Traslazionale incontra il Dipartimento Medico: proposte per attività di ricerca clinico sperimentali integrate per i prossimi anni" in data 06.10.15 - IRCCRO_00893 "La ricerca nel Dipartimento di Ricerca Traslazionale" in data 30.09.15 (mail della PO in data 24.05.16)			<input type="checkbox"/> in linea	

OBIETTIVI DI VALUTAZIONE			Valutazione	
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	direttore	dirigenti
Applicazione della procedura dipartimentale di gestione della strumentazione	acquisizione della strumentazione secondo l'approccio mini-HTA	evidenza del rispetto dell'indicatore	x	x

Monitoraggio	Grado di Raggiungimento
sono stati prodotti i mini-HTA per tutti gli strumenti con valore > € 15.000 (mail del direttore Dipartimento in data 24.05.16)	in linea

SINTESI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI INCENTIVATI VALUTATI		
	% raggiungimento obiettivi incentivati	% valutazione
personale dirigenza	99,00%	100%

Approvato dall'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance con Verbali n. 12 del 30/5/16 e n. 13 del 23/06/16

OBIETTIVI INCENTIVATI			Incentivazione: PESI	
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	direttore	dirigenti
			obiettivo aziendale	
Percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA) rivisti nel corso del 2014: - colon retto - ovaio - mammella - melanoma	studio di fattibilità sui singoli indicatori, con l'individuazione del metodo e responsabili della rilevazione e sperimentazione di almeno 2	evidenza della realizzazione degli indicatori	5%	5%
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
L'Ufficio Unità per la gestione del rischio clinico e l'accreditamento con mail del 04.05.2016 ha comunicato che per tutti i percorsi (colon retto, ovaio, mammella e melanoma) è stato effettuato lo studio di fattibilità sugli indicatori.			100,00%	
obiettivo di struttura				
Contributo alla genetica predittiva	n. visite di consulenza genetica	≥ 261 con tolleranza del - 5% Valore 2014: 261	5%	
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
239 visite. Ritenuto che il responsabile della struttura non è più in servizio dal mese di novembre 2015, l'obiettivo riparametrizzato su 10 mesi diventa di 218 visite, pertanto la Direzione ritiene di valutare l'obiettivo raggiunto al 100%.			100,00%	
obiettivo di struttura				
Prestazioni specialistiche ambulatoriali per esterni e per interni	valore attività ambulatoriale complessiva Il risultato viene valutato come segue: valore ≥ 95% = 100% valore ≥ 90% e < 95% = 90% valore ≥ 75% e < 90% = 50% valore < 75% = 0%	€ 30.000 Valore 2014: € 26.845	x	5%
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
€ 32.848			100,00%	
obiettivo dipartimentale				
Pubblicazioni scientifiche	punti di impact factor normalizzato. L'obiettivo è valutato secondo il criterio di proporzionalità con soglia minima dell'80%.	valore dipartimentale: 415	20%	20%
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
493,5			100,00%	
obiettivo in comune OS1, OS2, FCS e BIT				

OBIETTIVI INCENTIVATI	Incentivazione: PESI
-----------------------	----------------------

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	direttore	dirigenti
Publicazioni scientifiche	punti di impact factor normalizzato per OS1, OS2, FCS e BIT. L'obiettivo è valutato secondo il criterio di proporzionalità con soglia minima dell'80%.	Valore complessivo per OS1, OS2, FCS e BIT: 250	55%	55%

Monitoraggio	Grado di Raggiungimento
---------------------	--------------------------------

336,5	100,00%
-------	---------

obiettivo di struttura

Variabili attività scientifica (Allegato 1)	punti attività scientifica della struttura operativa. I punteggi realizzati vengono valutati come segue: un punteggio > = 4 punti = 100% un punteggio < 1 punti = 0 il restante = 80%	punteggio ≥ 4	5%	5%
---	--	---------------	----	----

Monitoraggio	Grado di Raggiungimento
---------------------	--------------------------------

19,5 punti	100,00%
------------	---------

obiettivo di struttura

Rispettare il budget assegnato per i prodotti sanitari (esclusi farmaci)	importo assegnato a livello di struttura operativa	€ 170.000 fondi istituzionali con tolleranza del 8%	5%	5%
--	--	---	----	----

Monitoraggio	Grado di Raggiungimento
---------------------	--------------------------------

Fondi Istituzionali: € 175.329	100,00%
--------------------------------	---------

obiettivo di struttura

Utilizzo dei fondi di ricerca finalizzata in scadenza nel corso del 2015	% di utilizzo	100% con tolleranza del 5%	5%	5%
--	---------------	----------------------------	----	----

Monitoraggio	Grado di Raggiungimento
---------------------	--------------------------------

100%	100,00%
------	---------

OBIETTIVI DI VALUTAZIONE	Valutazione
--------------------------	-------------

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	direttore	dirigenti
-----------	----------------------	-------------	-----------	-----------

obiettivo aziendale

Definizione di nuovi percorsi di patologia (PDTA), con particolare riferimento a ca gastrico, testa/collo e sarcoma	predisposizione del documento finale di analisi del PDTA	entro il 31.12	x	x
---	--	----------------	---	---

Monitoraggio	Grado di Raggiungimento
---------------------	--------------------------------

<p>Con nota prot. 7675 del 06.05.2016 sono stati formalmente inviati alla direzione centrale salute il PDTA ca gastrico e il PDTA testa/collo.</p> <p>Per quanto riguarda il PDTA sarcoma si evidenzia che il percorso è stato predisposto ma è incompleto (mail dell'UGRCA del 04.05.2016)</p> <p>La Direzione ritiene di valutare l'obiettivo raggiunto al 100%</p> <p>L'OIVP prende atto che la Direzione ha ritenuto di valutare l'obiettivo come raggiunto al 100% pur verificando l'incompleta definizione del percorso (Verbale n. 12 OIVP in data 30.05.16)</p>	in linea
---	----------

obiettivo di struttura

OBIETTIVI DI VALUTAZIONE			Valutazione	
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	direttore	dirigenti
Partecipazione ad attività formative in tema di prevenzione della corruzione	partecipazione ad almeno 1 evento formativo aziendale/regionale in materia di prevenzione della corruzione da parte dei responsabili di struttura complessa e semplice dipartimentale	partecipazione ad almeno un evento	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
Il responsabile della struttura essendo in aspettativa in quanto in servizio presso altra azienda non ha potuto partecipare alla formazione svolta nelle giornate del 17 e 18 Dicembre. L'obiettivo non viene valutato			non valutabile	
obiettivo di struttura				
Potenziamento delle analisi cliniche attraverso condivisione percorsi diagnostici	percorso integrato di immunomonitoraggio dei pazienti con trapianto d'organo	evidenza del percorso entro il 31.12	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
Nel corso del 2015 il percorso di immunomonitoraggio avanzato per pazienti con trapianto d'organo è stato attivato in via sperimentale con finalità di definirne la fattibilità, i costi e le indicazioni cliniche per i saggi sviluppati. Alla data del 19 ottobre 2015, dall'Ambulatorio dei Pazienti Trapiantati d'Organo (Dott.ssa E. Vaccher) sono stati ricevuti i seguenti campioni biologici: -Sangue periferico di 67 pazienti di cui finora ne sono stati analizzati 40 da 30 pazienti (alcuni campioni sono seriali dallo stesso paziente) per ELISPOT IFN-gamma; -Sangue periferico di 17 pazienti finora analizzati con Immuknow (valutazione reattività dei linfociti CD4+). (mail del responsabile della struttura del 19.10)			in linea	
obiettivo di struttura				
Potenziamento della ricerca attraverso la condivisione di strumenti/modelli	monitoraggio n. accessi alla PT Proteomica e n. accessi alla PT Citometria multispettrale	relazione del direttore di dipartimento sull'applicazione corretta della procedura	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
Nel 2015 è iniziato il monitoraggio del numero di accessi alle piattaforme di Proteomica e di Citometria Multispettrale come da procedura Dipartimentale: Piattaforma di Citometria Multispettrale: alla data del 19 ottobre 2015 sono stati effettuati e regolarmente registrati 10 accessi da parte di personale afferente a U.O. del Dipartimento e 2 accessi da parte di personale di Istituzioni esterne al CRO (Università di Padova, IOV). Piattaforma di Proteomica: Purtroppo all'inizio del 2015 strumento Malditof ha subito una serie di guasti che ne hanno compromesso definitivamente l'utilizzo come debitamente e prontamente segnalato alle Direzioni. Inoltre lo strumento Thyphoon per l'acquisizione dei gel in imaging è tuttora in condizioni di funzionamento non ottimale (richiesto intervento tecnico). Alla data del 19 ottobre 2015 sono state effettuate le seguenti analisi: analisi DIGE su campioni di ca. del retto prima trattamento (numero di biopsie estratte/analizzate: 62; pazienti: 31) analisi DIGE retto su campioni di ca. del retto dopo trattamento (numero biopsie estratte/analizzate: 40; pazienti: 20) analisi richiesta R023 (OS2) analisi DIGE Helicobacter pylori (estrazione di 24 isolati da cancro gastrico) analisi DIGE linfoma di Hodgkin (estrazione da 14 plasmidi)			in linea	
obiettivo di struttura				

OBIETTIVI DI VALUTAZIONE	Valutazione
--------------------------	-------------

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	direttore	dirigenti
Gestire le ferie del personale della dirigenza	Il risultato atteso è calcolato in questo modo: - per il personale con residuo ferie al 1/1/15 >6 gg: ridurre il residuo di almeno il 5% - il personale con residuo ferie al 1/1/15 ≤6 gg può al massimo mantenere al 31.12.2015 un residuo ferie ≤ 6 giorni. La valutazione è effettuata a livello complessivo. Nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), ovvero di altri fattori di criticità che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso.	perseguire nel percorso di abbattimento del residuo ferie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Monitoraggio	Grado di Raggiungimento
Obiettivo: 90 giornate Ferie 2015: 116 giornate	<input type="checkbox"/> in linea

obiettivo dipartimentale				
Realizzazione di eventi formativi ECM a livello dipartimentale	numero eventi	n. 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Monitoraggio	Grado di Raggiungimento
Accreditati n.3 eventi - IRCCRO_00903 "Il Dipartimento di Ricerca Traslazionale incontra il Dipartimento Medico: proposte per attività di ricerca clinico sperimentali integrate per i prossimi anni (2° parte)" in data 20.10.15 - IRCCRO_00901 "Il Dipartimento di Ricerca Traslazionale incontra il Dipartimento Medico: proposte per attività di ricerca clinico sperimentali integrate per i prossimi anni" in data 06.10.15 - IRCCRO_00893 "La ricerca nel Dipartimento di Ricerca Traslazionale" in data 30.09.15 (mail della PO in data 24.05.16)	<input type="checkbox"/> in linea

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

Monitoraggio	Grado di Raggiungimento
sono stati prodotti i mini-HTA per tutti gli strumenti con valore > € 15.000 (mail del direttore Dipartimento in data 24.05.16)	<input type="checkbox"/> in linea

SINTESI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI INCENTIVATI VALUTATI

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

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

Approvato dall'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance con Verbali n. 12 del 30/5/16 e n. 13 del 23/06/16

OBIETTIVI INCENTIVATI Incentivazione: PESI

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	Incentivazione: PESI	
			direttore	dirigenti

obiettivo aziendale

Percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA) rivisti nel corso del 2014: - colon retto - ovaio - mammella - melanoma	studio di fattibilità sui singoli indicatori, con l'individuazione del metodo e responsabili della rilevazione e sperimentazione di almeno 2	evidenza della realizzazione degli indicatori	5%	5%

Monitoraggio

Grado di Raggiungimento

L'Ufficio Unità per la gestione del rischio clinico e l'accreditamento con mail del 04.05.2016 ha comunicato che per tutti i percorsi (colon retto, ovaio, mammella e melanoma) è stato effettuato lo studio di fattibilità sugli indicatori. 100,00%

obiettivo di struttura

Prestazioni specialistiche ambulatoriali per esterni e per interni	valore attività ambulatoriale complessiva Il risultato viene valutato come segue: valore ≥ 95% = 100% valore ≥ 90% e < 95% = 90% valore ≥ 75% e < 90% = 50% valore < 75% = 0%	€ 75.000 Valore 2014: € 60.623	5%	5%

Monitoraggio

Grado di Raggiungimento

€ 66.996
 Grado di raggiungimento: 89,33%
 Tenuto conto che il Responsabile della struttura con mail del 2.3.16 evidenzia che in tale importo non sono computate le voci relative al TDM effettuato dalla SOC FSC, il cui valore economico doveva essere indicato dalla regione FVG e che nonostante i ripetuti solleciti non è stato ancora fornito, la Direzione ritiene di valutare l'obiettivo raggiunto al 100%.
 L'OIVP, pur approvando la valutazione proposta, ritiene opportuno suggerire pro futuro la definizione di un diverso target, non riferito esclusivamente alla valorizzazione economica, laddove non sia utilizzabile il nomenclatore tariffario per tutte le prestazioni oggetto di valutazione (Verbale n. 13 OIVP in data 23.06.16) 100,00%

obiettivo dipartimentale

Pubblicazioni scientifiche	punti di impact factor normalizzato. L'obiettivo è valutato secondo il criterio di proporzionalità con soglia minima dell'80%.	valore dipartimentale: 415	20%	20%

Monitoraggio

Grado di Raggiungimento

493,5 100,00%

obiettivo in comune OS1, OS2, FCS e BIT

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

Monitoraggio

Grado di Raggiungimento

336,5 100,00%

OBIETTIVI INCENTIVATI	Incentivazione: PESI
------------------------------	-----------------------------

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	direttore	dirigenti
obiettivo di struttura				
Variabili attività scientifica (Allegato 1)	punti attività scientifica della struttura operativa. I punteggi realizzati vengono valutati come segue: un punteggio > = 4 punti = 100% un punteggio < 1 punti = 0 il restante = 80%	punteggio ≥ 4	5%	5%

Monitoraggio	Grado di Raggiungimento
28,5 punti	100,00%

obiettivo di struttura				
Rispettare il budget assegnato per i prodotti sanitari (esclusi farmaci)	importo assegnato a livello di struttura operativa	€ 150.000 fondi istituzionali con tolleranza del 8%	5%	5%

Monitoraggio	Grado di Raggiungimento
Fondi Istituzionali: € 161.597	100,00%

obiettivo di struttura				
Utilizzo dei fondi di ricerca finalizzata in scadenza nel corso del 2015	% di utilizzo	100% con tolleranza del 5%	5%	5%

Monitoraggio	Grado di Raggiungimento
100%	100,00%

OBIETTIVI DI VALUTAZIONE	Valutazione
---------------------------------	--------------------

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	direttore	dirigenti
obiettivo aziendale				
Definizione di nuovi percorsi di patologia (PDTA), con particolare riferimento a ca gastrico, testa/collo e sarcoma	predisposizione del documento finale di analisi del PDTA	entro il 31.12	x	x

Monitoraggio	Grado di Raggiungimento
<p>Con nota prot. 7675 del 06.05.2016 sono stati formalmente inviati alla direzione centrale salute il PDTA ca gastrico e il PDTA testa/collo.</p> <p>Per quanto riguarda il PDTA sarcoma si evidenzia che il percorso è stato predisposto ma è incompleto (mail dell'UGRCA del 04.05.2016)</p> <p>La Direzione ritiene di valutare l'obiettivo raggiunto al 100%</p> <p>L'OIVP prende atto che la Direzione ha ritenuto di valutare l'obiettivo come raggiunto al 100% pur verificando l'incompleta definizione del percorso (Verbale n. 12 OIVP in data 30.05.16)</p>	in linea

obiettivo di struttura				
------------------------	--	--	--	--

OBIETTIVI DI VALUTAZIONE			Valutazione	
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	direttore	dirigenti
Partecipazione ad attività formative in tema di prevenzione della corruzione	partecipazione ad almeno 1 evento formativo aziendale/regionale in materia di prevenzione della corruzione da parte dei responsabili di struttura complessa e semplice dipartimentale	partecipazione ad almeno un evento	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
<p>Il responsabile della struttura non ha partecipato alla formazione svolta nelle giornate del 17 e 18 Dicembre. Con mail del 29.12.2015 il direttore della struttura ha comunicato l'impossibilità a partecipare alla formazione perché impegnato in qualità di coordinatore nella riunione annuale dei group leaders del progetto AIRC special program. La direzione ritiene quindi l'obiettivo non valutabile</p>			non valutabile	
obiettivo di struttura				
Contributi agli studi clinici di fase Ib istituzionali	codificazione formale di un percorso di fase Ib (pharmacogenetic –driven” su tumori GI/ovaio)	entro il 31.12	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
<p>Sono in corso due studi clinici di fase Ib con approvazione da parte del Comitato Etico: 1. “A genotype-guided phase I study for weekly paclitaxel in ovarian cancer patients” ; 2. “A genotype-guided phase I study of irinotecan administered in combination with 5-fluorouracil/leucovorin (FOLFIRI) and cetuximab as first-line therapy in metastatic colorectal cancer patients”. Per ciascun studio è stato codificato formalmente un preciso percorso attuativo che vede il coinvolgimento e l’attivo contributo di tutti i professionisti coinvolti negli stessi studi (con mail del responsabile della struttura in data 19/5/16 sono stati allegati protocolli di studio).</p>			in linea	
obiettivo di struttura				
contributo gli studi clinici di farmacogenetica istituzionali ed extraistituzionali	farmacogenetica: codificazione formale di un percorso per introdurre innovative procedure di farmaco genetica a studi retrospettivi e prospettici . Evidenza di un servizio di farmacogenetica per il CRO e per il territorio	applicazione di innovative procedure di farmaco genetica ad almeno due studi clinici	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
<p>Sono stati approvati due importanti studi a cui la SOC partecipa: 1. Progetto Europeo Horizon 2020 “Ubiquitous Pharmacogenomics”; 2. Ricerca finalizzata di rete “Thalidomide, a novel immunological treatment to modify the natural history of paediatric Crohn's disease: a new proposal from a well-established paediatric research network”. E' in corso il progetto di Ricerca Finalizzata - FSN2014 “Early diagnosis, tumor response to neoadjuvant treatments and diagnosis of tumor recurrence using new and non-invasive biomarkers in colon and rectal cancer”. Ciascuno dei progetti sopraelencati prevede un preciso percorso di attuazione (fornibili a richiesta) la cui tempistica è stata rispettata sia per gli aspetti organizzativi che per lo sviluppo tecnologico e di implementazione delle conoscenze per il territorio. Il servizio di farmacogenetica ha trovato la completa attuazione. (mail del responsabile della struttura in data 19/5/16).</p>			in linea	
obiettivo di struttura				
Progetto nanotecnologie	predisposizione di un percorso di Istituto da parte del project manager	evidenza del percorso entro il 31.12	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
<p>E' stato finanziato per altri due anni il progetto "Associazione Italiana per la Ricerca sul Cancro (AIRC) [Special Program Molecular Clinical Oncology, 5x1000, (No. 12214)] ed è stato finanziato il nuovo progetto Horizon 2020 dal titolo “Dia-Chemo”. E' stato predisposto il relativo percorso di attuazione all’interno del CRO (approvazione del IRB), e vengono effettuate riunioni peridiche internazionali conference call mensili con i centri coinvolti. Specificamente per il progetto AIRC è stato attuato il monitoraggio mensile dei progetti in corso mediante la valutazione dello steering committee . Per sopperire ai mancati investimenti da parte dell'Istituto (già precedentemente concordati) è stata istituita una rete interregionale in collaborazione con le Università di Padova, Venezia e Trieste per permettere ai ricercatori coinvolti nel progetto di usufruire delle necessarie strumentazioni. (mail del responsabile della struttura in data 19/5/16).</p>			in linea	
obiettivo di struttura				

OBIETTIVI DI VALUTAZIONE			Valutazione	
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	direttore	dirigenti
Potenziamento delle analisi cliniche attraverso condivisione percorsi diagnostici	Nuove prestazioni per TDM	n.2 prestazioni nuove (a regime entro 31/12) previa identificazione del corrispettivo economico (entro 30/6)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
<p>Sono state attivate 2 nuove prestazioni per TDM: 1.imatinib,2 erlotinib. Sono state effettuate le procedure per i prelievi ematici, le procedure analitiche e le procedure di refertazione. (mail del direttore di SOC del 23.06.2015). La gestione a sistema G3/DNLAB necessita di una attività di INSIEL ancora non eseguita. Nelle possibilità attuali del tariffario regionale si è individuata la voce: Farmaci biologici sangue (90.20.6) (€ 11.70). Tale prestazione non rispecchia le caratteristiche della determinazione analitica eseguita presso FSC. E' stata richiesta comunque una rivalutazione delle prestazioni da parte degli organi competenti regionali. (mail dr. Seffan del 30.06)</p>			in linea	
obiettivo di struttura				
Potenziamento della ricerca attraverso la condivisione di strumenti/modelli	Monitoraggio n. accessi alla PT Pyrosequencing	relazione del direttore del dipartimento sulla corretta applicazione della procedura	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
Sono stati effettuati circa 100 accessi (mail della struttura in data 25.05.2016)			in linea	
obiettivo di struttura				
Gestire le ferie del personale della dirigenza	<p>Il risultato atteso è calcolato in questo modo: - per il personale con residuo ferie al 1/1/15 >6 gg: ridurre il residuo di almeno il 5% - il personale con residuo ferie al 1/1/15 ≤6 gg può al massimo mantenere al 31.12.2015 un residuo ferie ≤ 6 giorni. La valutazione è effettuata a livello complessivo. Nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), ovvero di altri fattori di criticità che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso.</p>	proseguire nel percorso di abbattimento del residuo ferie.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
Obiettivo: 102 giornate Ferie 2015: 103 giornate			in linea	
obiettivo dipartimentale				
Realizzazione di eventi formativi ECM a livello dipartimentale	numero eventi	n. 3	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
<p>Accreditati n.3 eventi - IRCCRO_00903 "Il Dipartimento di Ricerca Traslazionale incontra il Dipartimento Medico: proposte per attività di ricerca clinico sperimentali integrate per i prossimi anni (2° parte)" in data 20.10.15 - IRCCRO_00901 "Il Dipartimento di Ricerca Traslazionale incontra il Dipartimento Medico: proposte per attività di ricerca clinico sperimentali integrate per i prossimi anni" in data 06.10.15 - IRCCRO_00893 "La ricerca nel Dipartimento di Ricerca Traslazionale" in data 30.09.15 (mail della PO in data 24.05.16)</p>			in linea	

OBIETTIVI DI VALUTAZIONE			Valutazione	
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	direttore	dirigenti
obiettivo dipartimentale				
Applicazione della procedura dipartimentale di gestione della strumentazione	acquisizione della strumentazione secondo l'approccio mini-HTA	evidenza del rispetto dell'indicatore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Monitoraggio	Grado di Raggiungimento
sono stati prodotti i mini-HTA per tutti gli strumenti con valore > € 15.000 (mail del direttore Dipartimento in data 24.05.16)	in linea

SINTESI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI INCENTIVATI VALUTATI		
	% raggiungimento obiettivi incentivati	% valutazione
personale dirigenza	100,00%	100%

La valutazione della preconditione è positiva (vedi delibera n. 108 del 03.05.2016 di approvazione del bilancio d'esercizio 2015)

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

Approvato dall'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance con Verbali n. 12 del 30/5/16 e n. 13 del 23/06/16

OBIETTIVI INCENTIVATI Incentivazione: PESI

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	Incentivazione: PESI	
			direttore	dirigenti

obiettivo aziendale

Percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA) rivisti nel corso del 2014: - colon retto - ovaio - mammella - melanoma	studio di fattibilità sui singoli indicatori, con l'individuazione del metodo e responsabili della rilevazione e sperimentazione di almeno 2	evidenza della realizzazione degli indicatori	5%	5%

Monitoraggio

Grado di Raggiungimento

L'Ufficio Unità per la gestione del rischio clinico e l'accreditamento con mail del 04.05.2016 ha comunicato che per tutti i percorsi (colon retto, ovaio, mammella e melanoma) è stato effettuato lo studio di fattibilità sugli indicatori. 100,00%

obiettivo di struttura

Prestazioni specialistiche ambulatoriali per esterni e per interni	valore attività specialistica complessiva Il risultato viene valutato come segue: valore ≥ 95% = 100% valore ≥ 90% e < 95% = 90% valore ≥ 75% e < 90% = 50% valore < 75% = 0%	€ 150.000 Valore 2014: € 117.976	5%	5%

Monitoraggio

Grado di Raggiungimento

€ 550.150 100,00%

obiettivo dipartimentale

Pubblicazioni scientifiche	punti di impact factor normalizzato. L'obiettivo è valutato secondo il criterio di proporzionalità con soglia minima dell'80%.	valore dipartimentale: 415	20%	20%

Monitoraggio

Grado di Raggiungimento

493,5 100,00%

obiettivo in comune OS1, OS2, FCS e BIT

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

Monitoraggio

Grado di Raggiungimento

336,5 100,00%

obiettivo di struttura

OBIETTIVI INCENTIVATI	Incentivazione: PESI	
-----------------------	----------------------	--

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	direttore	dirigenti
Variabili attività scientifica (Allegato 1)	punti attività scientifica della struttura operativa. I punteggi realizzati vengono valutati come segue: un punteggio >= 4 punti = 100% un punteggio < 1 punti = 0 il restante = 80%	punteggio ≥ 4	5%	5%



obiettivo di struttura				
Rispettare il budget assegnato per i prodotti sanitari (esclusi farmaci)	importo assegnato a livello di struttura operativa	€ 200.000 f.di istituzionali con tolleranza del 8%. La dir. Scient. Assegna alla SOC € 20.000 per biobanca. I consumi verranno registrati nel cdc biobanca	5%	5%

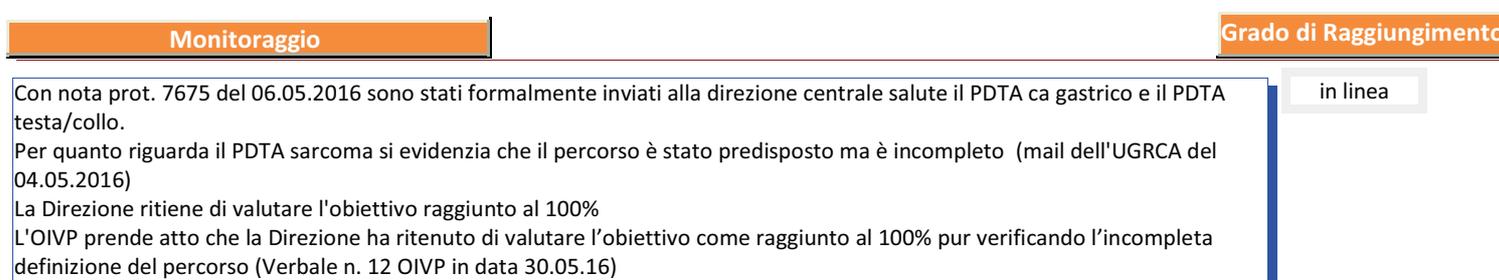


obiettivo di struttura				
Utilizzo dei fondi di ricerca finalizzata in scadenza nel corso del 2015	% di utilizzo	100% con tolleranza del 5%	5%	5%



OBIETTIVI DI VALUTAZIONE	Valutazione	
--------------------------	-------------	--

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	direttore	dirigenti
obiettivo aziendale				
Definizione di nuovi percorsi di patologia (PDTA), con particolare riferimento a ca gastrico, testa/collo e sarcoma	predisposizione del documento finale di analisi del PDTA	entro il 31.12	x	x



obiettivo di struttura				
------------------------	--	--	--	--

OBIETTIVI DI VALUTAZIONE			Valutazione	
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	direttore	dirigenti

Partecipazione ad attività formative in tema di prevenzione della corruzione	partecipazione ad almeno 1 evento formativo aziendale/regionale in materia di prevenzione della corruzione da parte dei responsabili di struttura complessa e semplice dipartimentale	partecipazione ad almeno un evento	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	---	---	-------------------------------------	--------------------------

Monitoraggio	Grado di Raggiungimento
---------------------	--------------------------------

Il responsabile della struttura ha partecipato alla formazione svolta nelle giornate del 17 e 18 Dicembre	in linea
---	----------

obiettivo di struttura

Potenziamento delle analisi cliniche attraverso condivisione percorsi diagnostici	introduzione di Prestazioni NGS di genetica predittiva BRCA1/2 (mammella/ovaio)	avvio entro il 30.06	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
--	---	-----------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

Monitoraggio	Grado di Raggiungimento
---------------------	--------------------------------

Nel primo semestre 2015 sono state effettuate e già refertate N. 10 prestazioni di genetica predittiva mediante NGS per lo screening di mutazioni BRCA1/2 in soggetti sospetti per forme familiari di tumore di mammella/ovaio (nota prot. 71/OS1 del 23.06.2015) Il processo di determinazione di mutazioni BRCA1/2 mediante NGS sta proseguendo regolarmente. (nota Prot 109/OS1/2015 del 19.10)	in linea
---	----------

obiettivo di struttura

Potenziamento della ricerca attraverso la condivisione di strumenti/modelli	1. Monitoraggio n. accessi alla PT Genomica 2. Caratterizzazione molecolare sarcomi per biobanca istituzionale	1. Relazione del Direttore di Dipartimento sulla corretta applicazione della procedura 2. Trasmissione caratterizzazione alla biobanca istituzionale: n. 50 casi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
--	---	---	-------------------------------------	-------------------------------------

Monitoraggio	Grado di Raggiungimento
---------------------	--------------------------------

1. La piattaforma istituzionale Sequencing gestita dalla Struttura comprende 3 strumenti e il monitoraggio degli accessi è sempre stato applicato sino dalla data della loro installazione: - sequenziatore Sanger acquisito nel 2000 (l'altro sequenziatore Sanger installato presso la SOECS non è stato incluso nella strumentazione condivisa del DRT) - Nr campioni: 12.272 - sequenziatore NGS Hiseq acquisito nel 2012 - Output (Gb)314 - sequenziatore NGS Miseq acquisito nel 2014 - Output (Gb)514 2. la OS1 ha ricevuto dalla Biobanca CRO 22 casi GIST relativi all'obiettivo. Tuttavia, come da nota Prot. 109/OS1/2015 del 19.10.15 alla SOC non sono mai stati erogati i € 20.000 previsti dalla scheda di budget per l'effettuazione delle procedure di caratterizzazione molecolare richieste. (nota Prot 048/FOGG del 23.05.16)	in linea
--	----------

obiettivo di struttura

OBIETTIVI DI VALUTAZIONE			Valutazione	
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	direttore	dirigenti
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gestire le ferie del personale della dirigenza	<p>Il risultato atteso è calcolato in questo modo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - per il personale con residuo ferie al 1/1/15 >6 gg: ridurre il residuo di almeno il 5% - il personale con residuo ferie al 1/1/15 ≤6 gg può al massimo mantenere al 31.12.2015 un residuo ferie ≤ 6 giorni. <p>La valutazione è effettuata a livello complessivo. Nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), ovvero di altri fattori di criticità che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso.</p>	proseguire nel percorso di abbattimento del residuo ferie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Monitoraggio	Grado di Raggiungimento
Obiettivo: 196 giornate Ferie 2015: 199 giornate	<input type="checkbox"/> in linea

obiettivo dipartimentale				
Realizzazione di eventi formativi ECM a livello dipartimentale	numero eventi	n. 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Monitoraggio	Grado di Raggiungimento
Accreditati n.3 eventi - IRCCRO_00903 "Il Dipartimento di Ricerca Traslazionale incontra il Dipartimento Medico: proposte per attività di ricerca clinico sperimentali integrate per i prossimi anni (2° parte)" in data 20.10.15 - IRCCRO_00901 "Il Dipartimento di Ricerca Traslazionale incontra il Dipartimento Medico: proposte per attività di ricerca clinico sperimentali integrate per i prossimi anni" in data 06.10.15 - IRCCRO_00893 "La ricerca nel Dipartimento di Ricerca Traslazionale" in data 30.09.15 (mail della PO in data 24.05.16)	<input type="checkbox"/> in linea

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

Monitoraggio	Grado di Raggiungimento
sono stati prodotti i mini-HTA per tutti gli strumenti con valore > € 15.000 (mail del direttore Dipartimento in data 24.05.16)	<input type="checkbox"/> in linea

SINTESI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI INCENTIVATI VALUTATI		
	% raggiungimento obiettivi incentivati	% valutazione
personale dirigenza	100,00%	100%

La valutazione della preconditione è positiva (vedi delibera n. 108 del 03.05.2016 di approvazione del bilancio d'esercizio 2015)

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

Approvato dall'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance con Verbali n. 12 del 30/5/16 e n. 13 del 23/06/16

OBIETTIVI INCENTIVATI Incentivazione: PESI

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	Incentivazione: PESI	
			direttore	dirigenti

obiettivo aziendale

Percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA) rivisti nel corso del 2014: - colon retto - ovaio - mammella - melanoma	studio di fattibilità sui singoli indicatori, con l'individuazione del metodo e responsabili della rilevazione e sperimentazione di almeno 2	evidenza della realizzazione degli indicatori	5%	5%

Monitoraggio

Grado di Raggiungimento

L'Ufficio Unità per la gestione del rischio clinico e l'accreditamento con mail del 04.05.2016 ha comunicato che per tutti i percorsi (colon retto, ovaio, mammella e melanoma) è stato effettuato lo studio di fattibilità sugli indicatori.	100,00%
---	---------

obiettivo di struttura

Prestazioni specialistiche ambulatoriali per esterni e per interni	valore attività specialistica complessiva Il risultato viene valutato come segue: valore ≥ 95% = 100% valore ≥ 90% e < 95% = 90% valore ≥ 75% e < 90% = 50% valore < 75% = 0%	€ 80.000 Valore 2014: € 0	5%	5%

Monitoraggio

Grado di Raggiungimento

€ 92.458	100,00%
----------	---------

obiettivo dipartimentale

Pubblicazioni scientifiche	punti di impact factor normalizzato. L'obiettivo è valutato secondo il criterio di proporzionalità con soglia minima dell'80%.	valore dipartimentale: 415	20%	20%

Monitoraggio

Grado di Raggiungimento

493,5	100,00%
-------	---------

obiettivo in comune OS1, OS2, FCS e BIT

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

Monitoraggio

Grado di Raggiungimento

336,5	100,00%
-------	---------

obiettivo di struttura

OBIETTIVI INCENTIVATI	Incentivazione: PESI	
-----------------------	----------------------	--

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	direttore	dirigenti
Variabili attività scientifica (Allegato 1)	punti attività scientifica della struttura operativa. I punteggi realizzati vengono valutati come segue: un punteggio >= 4 punti = 100% un punteggio < 1 punti = 0 il restante = 80%	punteggio ≥ 4	5%	5%



obiettivo di struttura				
Rispettare il budget assegnato per i prodotti sanitari (esclusi farmaci)	importo assegnato a livello di struttura operativa	€ 280.000 f.di istituzionali con tolleranza del 8%. La dir. scient. assegna alla SOC € 20.000 per biobanca. I consumi verranno registrati nel cdc biobanca	5%	5%

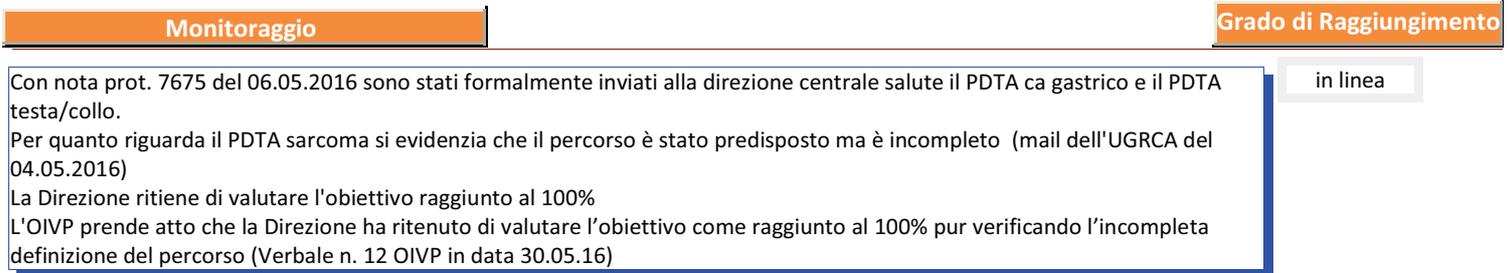


obiettivo di struttura				
Utilizzo dei fondi di ricerca finalizzata in scadenza nel corso del 2015	% di utilizzo	100% con tolleranza del 5%	5%	5%



OBIETTIVI DI VALUTAZIONE	Valutazione	
--------------------------	-------------	--

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	direttore	dirigenti
obiettivo aziendale				
Definizione di nuovi percorsi di patologia (PDTA), con particolare riferimento a ca gastrico, testa/collo e sarcoma	predisposizione del documento finale di analisi del PDTA	entro il 31.12	x	x



obiettivo di struttura

OBIETTIVI DI VALUTAZIONE	Valutazione			
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015		
		<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50px; text-align: center;">direttore</td> <td style="width: 50px; text-align: center;">dirigenti</td> </tr> </table>	direttore	dirigenti
direttore	dirigenti			

Partecipazione ad attività formative in tema di prevenzione della corruzione	partecipazione ad almeno 1 evento formativo aziendale/regionale in materia di prevenzione della corruzione da parte dei responsabili di struttura complessa e semplice dipartimentale	partecipazione ad almeno un evento	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	---	---	-------------------------------------	--------------------------

Monitoraggio	Grado di Raggiungimento
---------------------	--------------------------------

Il responsabile della struttura ha partecipato alla formazione svolta nelle giornate del 17 e 18 Dicembre	in linea
---	----------

obiettivo in comune SOECS, AP e OS2

Potenziamento delle analisi cliniche attraverso condivisione percorsi diagnostici	1. Monitoraggio del percorso integrato di diagnostica molecolare per tumori solidi (con AP) 2. Monitoraggio CEC in tumori ovarici (con SOECS)	1. relazione del direttore di dipartimento sulla corretta applicazione del percorso 2. inserimento di almeno n. 20 nuovi casi nell'anno	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
--	--	--	-------------------------------------	-------------------------------------

Monitoraggio	Grado di Raggiungimento
---------------------	--------------------------------

1. Nel 2015 sono stati inviati da AP 109 richieste di analisi molecolari e sono stati refertati 106 campioni. 3 richieste sono arrivate il giorno 29.12.2015 ed il loro referto è stato quindi consegnato all'inizio di gennaio 2016. Le 109 richieste sono così suddivise: 53 CRC; 19 MM; 37 Ca Polmone. I tempi di refertazione medi sono stati di 6,8 giorni lavorativi. 2. Nel corso del 2015 sono stati inseriti nello studio 49 nuove pazienti (di cui 10 sono state escluse in secondo momento dallo studio per vari motivi (e.g. Diagnosi definitiva diversa da Ca Ovarico; Non rispondente ai criteri di inclusione etc.). Inoltre nell'anno 2015 sono stati analizzati i secondi prelievi ematici in 20 pazienti come stabilito da protocollo. (nota direttore SOC del 23.5.16)	in linea
--	----------

obiettivo di struttura

Potenziamento della ricerca attraverso la condivisione di strumenti/modelli	1. monitoraggio n. accessi alla PT ilmaging 2. comunicazioni del materiale biologico ricevuto dell'attività di recruitment per biobanca 3. caratterizzazione molecolare tumori solidi per biobanca istituzionale	1. relazione del direttore del dipartimento sulla corretta applicazione della procedura 2. trimestrale 3. Trasmissione caratterizzazione alla biobanca istituzionale: n. 50 casi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
--	--	---	-------------------------------------	-------------------------------------

Monitoraggio	Grado di Raggiungimento
---------------------	--------------------------------

1. Nel corso del 2015 sono stati registrati i seguenti accessi programmati: -microscopio confocale: 250 - microscopio time lapse: 229 - stereo microscopio: 114 - volocity Software: 78 (tiene conto solo dell'utilizzo del computer centrale e non dell'utilizzo in remoto). 2. i campioni sono gli stessi di quelli dell'anatomia patologica: le comunicazioni vengono pertanto effettuate dall'anatomia patologica. (inviata regolarmente: mail del responsabile SOC Anatomia in data 26.05.16) 3. è stata definita la procedura per la caratterizzazione di 50 casi di campioni tumorali per conto della biobanca di Istituto. La SOC di anatomia patologica non ha ancora previsto una data di consegna dei campioni ad OS2. (mail del responsabile soc del 23.5.16)	
---	--

obiettivo di struttura

OBIETTIVI DI VALUTAZIONE			Valutazione	
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	direttore	dirigenti
Potenziamento delle attività integrate clinico sperimentali	partecipazioni ad ambulatori di interesse clinico sperimentale (ovaio/mammella)	almeno 2 partecipazioni/mese n. 1 medico della struttura di OS2	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
<p>La dott.sa Milena S. Nicoloso, contrattista medico in servizio presso OS2, da Gennaio a Dicembre 2015 ha partecipato all'attività di ambulatorio della SOC OMC tutti i venerdì mattina (4 partecipazioni/mese con il Dott. R. Sorio) per seguire in particolare le pazienti con tumore ovarico. Inoltre la dott.sa Nicoloso ha partecipato alle riunioni multidisciplinari del gruppo ginecologico il giovedì mattina (4 partecipazioni/mese).</p> <p>Oltre le attività cliniche ambulatoriali, la dott.sa Nicoloso ha anche avuto il compito di seguire ed aggiornare i dati dei pazienti inclusi in studi clinico-traslazionali sui carcinomi ovarici (e.g Valutazione CEC).</p>			in linea	
obiettivo di struttura				
Gestire le ferie del personale della dirigenza	<p>Il risultato atteso è calcolato in questo modo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - per il personale con residuo ferie al 1/1/15 >6 gg: ridurre il residuo di almeno il 5% - il personale con residuo ferie al 1/1/15 ≤6 gg può al massimo mantenere al 31.12.2015 un residuo ferie ≤ 6 giorni. <p>La valutazione è effettuata a livello complessivo. Nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), ovvero di altri fattori di criticità che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso.</p>	proseguire nel percorso di abbattimento del residuo ferie.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
<p>Obiettivo: 200 giornate Ferie 2015: 212 giornate</p>			in linea	
obiettivo dipartimentale				
Realizzazione di eventi formativi ECM a livello dipartimentale	numero eventi	n. 3	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
<p>Accreditati n.3 eventi</p> <ul style="list-style-type: none"> - IRCCRO_00903 "Il Dipartimento di Ricerca Traslazionale incontra il Dipartimento Medico: proposte per attività di ricerca clinico sperimentali integrate per i prossimi anni (2° parte)" in data 20.10.15 - IRCCRO_00901 "Il Dipartimento di Ricerca Traslazionale incontra il Dipartimento Medico: proposte per attività di ricerca clinico sperimentali integrate per i prossimi anni" in data 06.10.15 - IRCCRO_00893 "La ricerca nel Dipartimento di Ricerca Traslazionale" in data 30.09.15 (mail della PO in data 24.05.16) 			in linea	
obiettivo dipartimentale				
Applicazione della procedura dipartimentale di gestione della strumentazione	acquisizione della strumentazione secondo l'approccio mini-HTA	evidenza del rispetto dell'indicatore	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
sono stati prodotti i mini-HTA per tutti gli strumenti con valore > € 15.000 (mail del direttore Dipartimento in data 24.05.16)			in linea	

SINTESI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI INCENTIVATI VALUTATI

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

La valutazione della precondizione è positiva (vedi delibera n. 108 del 03.05.2016 di approvazione del bilancio d'esercizio 2015)

Approvato dall'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance con Verbali n. 12 del 30/5/16 e n. 13 del 23/06/16

OBIETTIVI INCENTIVATI			Incentivazione: PESI		
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	posizione organizzativa	coordinatori	restante personale
obiettivo dipartimentale					
Gestione percorsi diagnostici integrati	erogazione di tutti gli esami richiesti	relazione del direttore di dipartimento sulla corretta applicazione del percorso	15%	15%	15%
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento		
sono stati evasi tutti gli esami richiesti attraverso la corretta applicazione del percorso identificato all'interno del Dipartimento di Ricerca Traslazione: percorso dalla SOC di Anatomia Patologica alla SOC di Oncoematologia Clinica Sperimentale per quanto concerne l'espletamento di esami oncoematologici e percorso dalla SOC di Anatomia Patologica alla SOC di Oncologia Sperimentale 2 per quanto concerne l'espletamento di esami di mutazioni su tumori solidi. (mail della PO e del direttore di dipartimento in data 20.10 e mail del Direttore di Dipartimento in data 23.05.16)			100,00%		
obiettivo dipartimentale					
Gestione piattaforme diagnostiche	attività garantita tramite piani di lavoro	100% erogazione del servizio (attestazione del direttore di dipartimento e della posizione organizzativa).	15%	15%	15%
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento		
E' stata garantita al 100% l'attività delle piattaforme diagnostiche attraverso piani di lavoro (mail della PO in data 24.05.16 con allegati i piani di lavoro)			100,00%		
obiettivo dipartimentale					
Supporto al raggiungimento dei volumi (valore) dell'attività specialistica complessiva delle strutture del dipartimento contenuti nelle singole schede di budget	valore complessivo	rispetto degli obiettivi definiti nella programmazione 2015 (media del raggiungimento degli obiettivi contenuti nelle schede di budget delle strutture del dipartimento)	15%	15%	15%
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento		
La media del raggiungimento dei volumi (valore) dell'attività specialistica complessiva delle strutture del dipartimento contenuti nelle singole schede di budget è pari al 100%			100,00%		
obiettivo dipartimentale					
Pubblicazioni scientifiche	punti di impact factor normalizzato. L'obiettivo è valutato secondo il criterio di proporzionalità con soglia minima dell'80%.	valore dipartimentale: 415	15%	15%	15%
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento		
493,5			100,00%		
obiettivo dipartimentale					

OBIETTIVI INCENTIVATI			Incentivazione: PESI		
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	posizione organizzativa	coordinatori	restante personale
Gestire l'unità farmaci antiblastici	attività garantita tramite piani di lavoro	100% erogazione del servizio (attestazione del direttore di farmacia e della posizione organizzativa del dipartimento).	40%	40%	40%

Monitoraggio

Grado di Raggiungimento

è stato erogato il 100% delle preparazioni di farmaci antiblastici attraverso il contributo giornaliero di 3 Tecnici Sanitari di Laboratorio Biomedico provenienti da diverse Strutture Operative. L'operatività viene garantita attraverso Piani di Lavoro pianificati a gennaio di ogni anno che sono stati rispettati.
(mail della PO e del direttore della SOC di farmacia in data 20.10.15 e 20.5.16)

100,00%

OBIETTIVI DI VALUTAZIONE			Valutazione		
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	posizione organizzativa	coordinatori	restante personale

obiettivo dipartimentale

Gestire le ferie del personale del comparto	<p>Il risultato atteso è calcolato in questo modo: - per il personale con residuo ferie al 1/1/15 >6 gg: ridurre il residuo di almeno il 10% - il personale con residuo ferie al 1/1/15 ≤6 gg può al massimo mantenere al 31.12.2015 un residuo ferie ≤ 6 giorni. La valutazione è effettuata a livello complessivo. Nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), ovvero di altri fattori di criticità che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso.</p>	perseguire nel percorso di abbattimento del residuo ferie.	X	X	
---	--	--	---	---	--

Monitoraggio

Grado di Raggiungimento

Obiettivo: 1.984 giornate
Ferie 2015: 2.223 giornate

in linea

obiettivo dipartimentale

Realizzazione di eventi formativi ECM a livello dipartimentale	numero eventi	n. 3	X	X	X
--	---------------	------	---	---	---

Monitoraggio

Grado di Raggiungimento

Accreditati n.3 eventi
- IRCCRO_00903 "Il Dipartimento di Ricerca Traslazionale incontra il Dipartimento Medico: proposte per attività di ricerca clinico sperimentali integrate per i prossimi anni (2° parte)" in data 20.10.15
- IRCCRO_00901 "Il Dipartimento di Ricerca Traslazionale incontra il Dipartimento Medico: proposte per attività di ricerca clinico sperimentali integrate per i prossimi anni" in data 06.10.15
- IRCCRO_00893 "La ricerca nel Dipartimento di Ricerca Traslazionale" in data 30.09.15
(mail della PO in data 24.05.16)

in linea

obiettivo dipartimentale

Applicazione della procedura dipartimentale di gestione della strumentazione	gestione attraverso il sistema WebCall delle manutenzioni	evidenza del rispetto dell'indicatore	X	X	X
--	---	---------------------------------------	---	---	---

Monitoraggio

Grado di Raggiungimento

tutte le richieste di manutenzioni nel DRT sono state gestite attraverso il sistema informatizzato WebCall. (mail della PO in data 24.05.16)

in linea

SINTESI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI INCENTIVATI VALUTATI

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

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

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

Approvato dall'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance con Verbalì n. 12 del 30/5/16 e n. 13 del 23/06/16

Centro Attività Formative

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	Incentivazione/Valutazione	
			dirigenza	comparto
"Formazione – azione" con il metodo della medicina narrativa	1. realizzazione di un ciclo di eventi formativi con utilizzo dell'approccio narrativo per gli operatori 2. realizzazione di attività di scrittura terapeutica per i pazienti oncologici 3. avvio di un progetto di valutazione dell'efficacia percepita della formazione con approccio narrativo 4. avvio della valutazione delle attività di scrittura terapeutica per i pazienti	1. almeno 5 eventi per operatori 2. almeno un ciclo di attività sulla scrittura terapeutica per i pazienti oncologici 3. avvio della valutazione su almeno un evento formativo 4. presenza di un progetto per la valutazione delle attività di scrittura	20%	50%
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
1. realizzati 17 eventi alla data del 31.12.2015 2. realizzato maggio – settembre 2015 3. realizzato progetto valutazione impatti formazione con autobiografia, in corso analisi dati 4. realizzato il progetto di valutazione con 2 focus group e una intervista, in corso analisi dati			100,00%	
Partecipazione al programma di Accredimento di Eccellenza di Accreditation Canada	1. progettazione, erogazione e valutazione della formazione sul campo per i team di Accreditation Canada 2. progettazione, erogazione e valutazione della formazione residenziale e sul campo nell'ambito della Sicurezza del Paziente	1. realizzazione di almeno 10 eventi di formazione sul campo 2. realizzazione di 1 evento residenziale (isolamento paziente) e 3 eventi di formazione sul campo	35%	50%
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
1. progettati 12 eventi FSC team Accreditation Canada, conclusi 7 per problemi organizzativi esterni al CAF 2. isolamento: 2 eventi residenziali realizzati e sicurezza delle cure: 3 eventi FSC realizzati			100,00%	
Realizzazione delle Attività previste dalla Conferenza dei Responsabili dei Servizi Formazione del SSR ex DGR 2201/2014	1. partecipazione alle riunioni della Conferenza presso la Direzione Centrale Salute 2. collaborazione per la stesura del Manuale di accreditamento eventi e Manuale accreditamento Provider ECM, fino ad approvazione da parte della Direzione Centrale Salute	1. partecipazione del Responsabile CAF al 70% delle riunioni 2. presenza del Manuale accreditamento eventi e Manuale accreditamento Provider ECM approvati	45%	x
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
1. Il responsabile del CAF ha partecipato a più del 90% delle riunioni, verbali depositati presso il CAF 2. Manuale eventi approvato, Manuale Providr approvato come esito del lavoro collegiale della Conferenza dei Servizi Formazione			100,00%	

Gestire le ferie del personale del comparto

Il risultato atteso è calcolato in questo modo:
 - per il personale con residuo ferie al 1/1/15 >6 gg: ridurre il residuo di almeno il 10%
 - il personale con residuo ferie al 1/1/15 ≤6 gg può al massimo mantenere al 31.12.2015 un residuo ferie ≤ 6 giorni.
 La valutazione è effettuata a livello complessivo.
 Nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), ovvero di altri fattori di criticità che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso.

proseguire nel percorso di abbattimento del residuo ferie.

x	
---	--

Monitoraggio

Grado di Raggiungimento

Obiettivo: 91 giornate
 Ferie 2015: 110 giornate

in linea

Gestire le ferie del personale della dirigenza

Il risultato atteso è calcolato in questo modo:
 - per il personale con residuo ferie al 1/1/15 >6 gg: ridurre il residuo di almeno il 10%
 - il personale con residuo ferie al 1/1/15 ≤6 gg può al massimo mantenere al 31.12.2015 un residuo ferie ≤ 6 giorni.
 La valutazione è effettuata a livello complessivo.
 Nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), ovvero di altri fattori di criticità che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso.

proseguire nel percorso di abbattimento del residuo ferie.

x	
---	--

Monitoraggio

Grado di Raggiungimento

Obiettivo: 35 giornate
 Ferie 2015: 36 giornate

in linea

SINTESI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI INCENTIVATI

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

Ufficio relazioni con il pubblico

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	Incentivazione/Valutazione	
			dirigenza	comparto
Customer satisfaction	1. Distribuzione questionari ai reparti/sevizi 2. Raccolta questionari	1. ≥ n. 5.000 questionari 2. raccolta questionari entro 31.12 (relazione responsabile URP)	<input type="checkbox"/>	40%

Monitoraggio			Grado di Raggiungimento
1. distribuzione di 4.500 questionari per utenza ambulatoriale e di 600 questionari per utenza ricoverata, per un totale di 5.100 2. la raccolta dei questionari compilati si è conclusa il 24 dicembre 2015			100,00%
Mantenimento aggiornamento carta dei servizi	Carta dei Servizi aggiornata al 15.12.2015	evidenza della realizzazione dell'indicatore	<input type="checkbox"/> 20%

Monitoraggio			Grado di Raggiungimento
La Carta dei Servizi è stata aggiornata il 15 dicembre 2015 e l'aggiornamento è stato pubblicato nel sito dell'Istituto www.cro.it			100,00%
Utilizzo del sistema informativo INSIEL per la gestione dei reclami	numero di reclami inseriti nel sistema informativo INSIEL	100%	<input type="checkbox"/> 40%

Monitoraggio			Grado di Raggiungimento
Tutti i reclami dell'utenza sono stati inseriti nel sistema informativo INSIEL, per un totale di 75.			100,00%

SINTESI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI INCENTIVATI

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

Direzione Generale



MONITORAGGIO ANNUALE BUDGET 2015 - DIREZIONE GENERALE

Approvato dall'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance con Verbalì n. 12 del 30/5/16 e n. 13 del 23/06/16

Servizio prevenzione e protezione aziendale

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	Incentivazione/Valutazione	
			comparto	
			PO	altro personale
Gestione integrata degli Audit di prima parte per il governo del Rischio Lavorativo e Clinico	1. analisi delle osservazioni e Non Conformità rilevate nel 2014 2. monitoraggio delle azioni correttive nelle singole strutture oggetto di audit nel 2014	1. relazione alla direzione entro 30.04 2. verbali di audit di monitoraggio	30%	30%
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
1. trasmessa con nota prot. 7083/S del 22.04. 2. sono state completate le visite previste per le diverse strutture dei dipartimenti di ricerca traslazionale, di oncologia radioterapica e diagnostica per immagini mentre per i rimanenti dipartimenti non è stato possibile effettuare le visite nelle date programmate che sono state rinviate a gennaio 2016. (mail del 31.12.2015)			100,00%	
Collaborazione alla stesura del protocollo per l'isolamento con gruppo di lavoro specifico	1. Collaborazione con il gruppo di lavoro esistente 2. Stesura delle linee di processo per la protezione richiesta all'operatore	evidenza delle linee di processo	30%	30%
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
il personale del servizio ha partecipato alla stesura del protocollo di isolamento nonché alle riunioni preparatorie del documento e dei corsi di formazione previsti (mail del responsabile in data 31.12.15)			100,00%	
Applicazione del Protocollo Scientifico Behavior Based Safety (B-BS) nel dipartimento medico	1. elaborazione dell'Analisi funzionale nelle aree cliniche dove verrà applicato il protocollo BBS; 2. rendicontazione ai Dirigenti e Preposti dei risultati ottenuti della analisi funzionale secondo il protocollo BBS.	evidenza della realizzazione degli indicatori/attività	40%	40%
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
1. L'elaborazione dell'analisi funzionale nelle aree cliniche dove verrà applicato il protocollo BBS è stata svolta nel mese di novembre e l'insieme dei dati raccolti, trascritti in un file excel, saranno la baseline degli interventi previsti per il 2016. (mail del responsabile in data 31.12.15) 2. Il 21.12.15 si è tenuto un'incontro con la Dirigenza del dipartimento medico e le diverse figure di coordinamento in cui si sono date le risultanze dell'analisi funzionale svolta			100,00%	
Gestire le ferie del personale del comparto	Il risultato atteso è calcolato in questo modo: - per il personale con residuo ferie al 1/1/15 >6 gg: ridurre il residuo di almeno il 10% - il personale con residuo ferie al 1/1/15 ≤6 gg può al massimo mantenere al 31.12.2015 un residuo ferie ≤ 6 giorni. La valutazione è effettuata a livello complessivo. Nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), ovvero di altri fattori di criticità che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso.	proseguire nel percorso di abbattimento del residuo ferie.	x	
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
Obiettivo: 110 giornate Ferie 2015: 115 giornate			in linea	

SINTESI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI INCENTIVATI VALUTATI

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

Tecnostuttura Amministrativa



MONITORAGGIO ANNUALE BUDGET 2015 - SOC AFFARI GENERALI E POLITICHE DEL PERSONALE

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

La valutazione della precondizione è positiva (vedi delibera n. 108 del 03.05.2016 di approvazione del bilancio d'esercizio 2015)

Approvato dall'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance con Verbali n. 12 del 30/5/16 e n. 13 del 23/06/16

Ufficio Affari generali e legali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	Incentivazione/Valutazione	
			dirigenza	comparto
Supporto alla revisione dell'Atto Aziendale (nuovo A.A. 2015)	Adozione nuovo Atto Aziendale	entro il 31.12	20%	20%
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
L'obiettivo deve intendersi raggiunto atteso che l'Istituto ha provveduto ad elaborare ed inviare la proposta di nuovo Atto Aziendale nei tempi previsti dalla competente Direzione Regionale, come risulta da mail della Direzione Regionale del 2/11/15 "Trasmissione Atto Aziendale". La proposta di Atto Aziendale è stata presentata in sala convegni in data 11/11/15.			personale dirigenza	100,00%
			personale comparto	100,00%
Collaborazione con EGAS per supporto nella centralizzazione delle procedure concorsuali per il personale del comparto	<ul style="list-style-type: none"> - partecipazione riunioni presso EGAS - rilevazione fabbisogni - adesione convezione tra Aziende SSR - supporto nello svolgimento delle operazioni concorsuali 	regolare svolgimento delle attività richieste da EGAS	40%	40%
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
L'obiettivo deve intendersi raggiunto atteso che l'Istituto ha provveduto a fornire il supporto richiesto come risulta dalla rendicontazione della linea progettuale n. 3.1.3 Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi, nella quale sono riportati i riferimenti alle attività svolte e formalizzate secondo le direttive impartite da EGAS.			personale dirigenza	100,00%
			personale comparto	100,00%
Avvio revisione della disciplina sul recupero delle ore (eccedenza oraria) del personale dirigente.	Formulazione proposta di modifica regolamento orario dirigenza ai sindacati	entro il 31.12	40%	40%
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
L'obiettivo deve intendersi raggiunto: l'Istituto è intervenuto sulla materia dell'eccedenza oraria della dirigenza adottando una revisione del Piano della continuità assistenziale per la dirigenza (nota prot.n. 18065/S del 30/10/2015) previo confronto con le Organizzazioni Sindacali (mail del 20/10/2015) nel corso del quale è stata avviata la discussione anche sulle possibili modifiche al Regolamento in coerenza a quanto sopra, che non è stato possibile definire in maniera più puntuale poiché l'incontro programmato per il 28.12.2015 (durante il quale tra le varie ed eventuali sarebbe stato affrontato anche questo tema) non si è svolto per impedimenti sopravvenuti (nota prot.n. 22001 del 28/12). Più in generale, sono state comunque formulate anche direttive applicative delle nuove norme in materia di riposi e orario di lavoro per il personale sanitario (nota prot.n. 20021/S del 26/11/15)			personale dirigenza	100,00%
			personale comparto	100,00%
Avvio revisione della scheda di valutazione annuale per il personale del comparto	Formulazione proposta di nuova scheda ai sindacati	entro il 31.12	x	x
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
L'obiettivo deve intendersi raggiunto: l'Istituto ha provveduto a formulare una ipotesi di nuova scheda di valutazione annuale del personale del comparto (mail del 30/12 alle OO.SS.)			personale dirigenza	in linea
			personale comparto	in linea
Adozione proposta di regolamento sul patrocinio legale dei dipendenti	Adozione proposta di regolamento	entro il 31.12	x	x
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
L'obiettivo deve intendersi raggiunto: l'ufficio ha provveduto a formulare una proposta di regolamento sul patrocinio legale dei dipendenti (nota prot. 2209/DA del 29.12.2015)			personale dirigenza	in linea
			personale comparto	in linea

Monitoraggio

Grado di Raggiungimento

L'obiettivo deve intendersi raggiunto: il Responsabile ha provveduto a formulare la prevista relazione (nota prot.n. 22214/DG del 31/12/15)

personale dirigenza **in linea**
 personale comparto

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

Ufficio Personale

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	Incentivazione/Valutazione	
			dirigenza	comparto
Supporto alla revisione dell'Atto Aziendale (nuovo A.A. 2015)	Adozione nuovo Atto Aziendale	entro il 31.12	20%	20%
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
L'obiettivo deve intendersi raggiunto atteso che l'Istituto ha provveduto ad elaborare ed inviare la proposta di nuovo Atto Aziendale nei tempi previsti dalla competente Direzione Regionale, come risulta da mail della Direzione Regionale del 2/11/15 "Trasmissione Atto Aziendale". La proposta di Atto Aziendale è stata presentata in sala convegni in data 11/11/15.			personale dirigenza	100,00%
			personale comparto	100,00%
Collaborazione con EGAS per supporto nella centralizzazione delle procedure concorsuali per il personale del comparto	- partecipazione riunioni presso EGAS - rilevazione fabbisogni - adesione convezione tra Aziende SSR - supporto nello svolgimento delle operazioni concorsuali	regolare svolgimento delle attività richieste da EGAS	40%	40%
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
L'obiettivo deve intendersi raggiunto atteso che l'Istituto ha provveduto a fornire il supporto richiesto come risulta dalla rendicontazione della linea progettuale n. 3.1.3 Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi, nella quale sono riportati i riferimenti alle attività svolte e formalizzate secondo le direttive impartite da EGAS.			personale dirigenza	100,00%
			personale comparto	100,00%
Avvio revisione della disciplina sul recupero delle ore (eccedenza oraria) del personale dirigente.	Formulazione proposta di modifica regolamento orario dirigenza ai sindacati	entro il 31.12	40%	40%
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
L'obiettivo deve intendersi raggiunto: l'Istituto è intervenuto sulla materia dell'eccedenza oraria della dirigenza adottando una revisione del Piano della continuità assistenziale per la dirigenza (nota prot.n. 18065/S del 30/10/2015) previo confronto con le Organizzazioni Sindacali (mail del 20/10/2015) nel corso del quale è stata avviata la discussione anche sulle possibili modifiche al Regolamento in coerenza a quanto sopra, che non è stato possibile definire in maniera più puntuale poiché l'incontro programmato per il 28.12.2015 (durante il quale tra le varie ed eventuali sarebbe stato affrontato anche questo tema) non si è svolto per impedimenti sopravvenuti (nota prot.n. 22001 del 28/12). Più in generale, sono state comunque formulate anche direttive applicative delle nuove norme in materia di riposi e orario di lavoro per il personale sanitario (nota prot.n. 20021/S del 26/11/15)			personale dirigenza	100,00%
			personale comparto	100,00%
Avvio revisione della scheda di valutazione annuale per il personale del comparto	Formulazione proposta di nuova scheda ai sindacati	entro il 31.12	x	x
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
L'obiettivo deve intendersi raggiunto: l'Istituto ha provveduto a formulare una ipotesi di nuova scheda di valutazione annuale del personale del comparto (mail del 30/12 alle OO.SS.)			personale dirigenza	in linea
			personale comparto	in linea
Adozione proposta di regolamento aziendale sulle procedure selettive per assunzioni a tempo determinato	Adozione proposta di regolamento	entro il 31.12	x	x
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
L'obiettivo deve intendersi raggiunto: l'ufficio ha provveduto a formulare una proposta di regolamento sulle procedure selettive per assunzioni a tempo determinato (mail del 24/12/15 al Direttore Amministrativo)			personale dirigenza	in linea
			personale comparto	in linea
Adozione proposta di regolamento sulla formazione del Personale dirigente	Adozione proposta di regolamento	entro il 31.12	x	x
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
L'obiettivo deve intendersi raggiunto: l'ufficio ha provveduto a formulare una proposta di regolamento sulla formazione del personale dirigente (mail del 24/12/15 al Direttore Amministrativo)			personale dirigenza	in linea
			personale comparto	in linea

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

Tecnostruttura Amministrativa



MONITORAGGIO ANNUALE BUDGET 2015 - SOC GESTIONE ECONOMICO-FINANZIARIA E CONTROLLO DI GESTIONE

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

La valutazione della precondizione è positiva (vedi delibera n. 108 del 03.05.2016 di approvazione del bilancio d'esercizio 2015)

Approvato dall'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance con Verbali n. 12 del 30/5/16 e n. 13 del 23/06/16

Ufficio bilancio

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	Incentivazione/Valutazione	
			dirigenza	comparto
Estensione fatturazione elettronica attiva verso tutte le pubbliche amministrazioni	<ol style="list-style-type: none"> svolgimento attività propedeutiche per parametrizzazione soggetti destinatari della fatturazione elettronica attiva estensione fatturazione attiva 	<ol style="list-style-type: none"> aggiornamento anagrafiche P.A. presenti in contabilità e codifica nuove amministrazioni secondo le modalità previste per la fatturazione elettronica. estensione fatturazione attiva a tutte le P.A. a partire dal 31.03.2015 	20%	20%

Monitoraggio

1. sono state aggiornate le anagrafiche delle P.A. presenti in contabilità con l'inserimento dei codici univoci ufficio di fatturazione e abilitazione delle stessa al canale di fatturazione elettronica attraverso apposito indicatore.
2. a partire dal 31.03.2015 la fatturazione attiva nei confronti di tutte le P.A. è effettuata esclusivamente nella modalità elettronica"

Grado di Raggiungimento

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

Fatturazione passiva	<ol style="list-style-type: none"> codifica uffici di fatturazione in IPA comunicazione codice univoco Ufficio ai fornitori abilitazione degli utenti al programma SDI per la gestione della fatturazione passiva degli operatori dell'Ufficio formazione degli operatori dell'ufficio avvio ricezione fatturazione elettronica passiva addestramento all'utilizzo del sistema con revisione del percorso documentale unitamente alle altre strutture che riscontrano le fatture 	<ol style="list-style-type: none"> caricamento in Ipa al 31.03 ed eventuali integrazioni invio ai fornitori comunicazione, pubblicazione sul sito dell'Istituto, abilitazione degli operatori partecipazione a corso formazione regionale entro 31.03 entro 31.12 	30%	30%
----------------------	--	---	-----	-----

Monitoraggio

1. oltre al Codice Univoco Principale UF21VO sono stati caricati altri due codici: uno riservato alla fatturazione elettronica dell'EGAS e l'altro di supporto ai fini del corretto indirizzamento delle fatture sul codice principale
2. a tutti i fornitori presenti in anagrafica dotati di indirizzo mail è stata inviata la nota prot.n.3470 del 25.2.2015; la nota è stata pubblicata sul sito web dell'Ente e viene inviata mail a chiunque faccia richiesta
3. tutti gli operatori dell'Ufficio Bilancio sono stati abilitati ad operare sul sistema SDI-FVG regionale
4. il corso di formazione si è svolto a Udine presso la sede Insiel in data 25.03.2015 e hanno partecipato 4 operatori dell'Ufficio
5. il 31.03.2015 è stato aperto il canale di ricezione fatture elettroniche passive da INSIEL
6. gli operatori dell'ufficio stanno operando con il sistema. In data 24 settembre è stata recepita la nuova versione di integrazione tra lo SDI-FVG e la CO.OP. con ulteriore necessità di formazione da parte di Insiel; l'addestramento si completerà entro il 31.12.2015. Sono iniziate alcune modifiche al percorso documentale quali ad esempio trattamento diverso tra i documenti riscontrati in automatico e documenti da riscontrare.

Grado di Raggiungimento

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

1. predisposizione Preventivo 2015 secondo nuova normativa
2. gestione contemporanea dei due esercizi aperti 2014 e 2015 con due piani dei conti diversi
3. predisposizione rendiconti infrannuali con il nuovo piano dei conti 2015
4. apertura nuovo stato patrimoniale dell'Ente secondo criteri del d.Lgs.118/2011

1. entro 31.03
2. dal 01.01.2015 al 30.04.2015
3. alle scadenze previste 15.05.2015 - 31.07.2015 - 31.10.2015
4. dopo la chiusura 2014 ed entro il 31.12.2015

30%

30%

Monitoraggio

1. Il Preventivo 2015 è stato adottato con delibera del Direttore Generale n. 84 del 31.03.2015;

2. L'Ufficio ha garantito le registrazioni contabili in parallelo su i due esercizi aperti anno 2014 e anno 2015. L'esercizio 2014 è stato chiuso in data 30.04.2015 ed è stato adottato il Bilancio d'esercizio con delibera del Direttore Generale n. 117 del 30.04.2015;

3. Sono stati predisposti i seguenti rendiconti: 1 report con delibera DG n. 131 del 15.05.2015 e 2 report con delibera DG n. 183 del 13.08.2015 (scadenza posticipata al 20.08.2015 dalla Direzione Centrale Salute);

4. Relativamente all'apertura dello Stato patrimoniale l'Ufficio Ragioneria ha lavorato assieme ad Insiel nelle giornate del 22 e 23 settembre 2015 ai fini della riclassificazione delle riserve del patrimonio netto e del ricalcolo della sterilizzazione degli ammortamenti; in data 22 settembre la responsabile dell'Ufficio ha partecipato ad un incontro tecnico in Direzione Centrale in merito alle problematiche della apertura. La Direzione Centrale a seguito dell'incontro ha inviato con nota prot.n.17594/P del 13.10.2015 le indicazioni contabili uniformi per L'Apertura dello Stato Patrimoniale 2015 alle Aziende. L'apertura è stata adottata con Delibera DG n.263 del 9.12.2015 (mail del direttore della Struttura in data 04.03.2016)

Grado di Raggiungimento

personale dirigenza 100,00%

personale comparto 100,00%

Legge di stabilità 2015
SPLIT PAYMENT

- 1 revisione e nuova parametrizzazione del sistema e dei registri IVA imposta dalla legge di stabilità
- 2 gestione del periodo transitorio con i fornitori dal 1 gennaio al 9 febbraio 2015 e delle note di accredito relativa all'esercizio precedente
- 3 gestione manuale dei pagamenti parziali
- 4 versamento Iva Split e abilitazioni sistema Entratel

- 1 entro 31.01
- 2 durante l'esercizio tramite diretto contatto con i fornitori (mail di evidenza)
- 3 per tutti i pagamenti del 2015
- 4 verifica costante contabilità e allineamento documenti. 1° versamento entro il 16.4; versam. Successivi entro il 16.

20%

20%

Monitoraggio

1. Sono stati ridefiniti i sezionali Iva in base ai nuovi obblighi normativi nei primi giorni di gennaio

2. Gli operatori dell'Ufficio hanno provveduto a rispondere a tutte le richieste di informativa pervenute telefonicamente e con mail in merito alla materia.

3. Il sistema di Contabilità permette la scissione dell'Iva e il riporto in apposito conto solo per documenti pagati interamente. I documenti pagati parzialmente devono essere gestiti manualmente dall'Ufficio. Pertanto viene effettuata la registrazione dell'Iva in apposito conto ed elencati i documenti così trattati al fine di verificare al momento del versamento mensile la corrispondenza tra conti e documenti

4. E' stata aggiunta alla esistente un'ulteriore abilitazione al sistema Entratel. Il primo versamento è stato effettuato in data 15.04.2015 e successivamente alle date del 16 di ogni mese come risulta dagli F24EP conservati presso l'Ufficio. (mail del direttore della struttura in data 26.10.2016)

Grado di Raggiungimento

personale dirigenza 100,00%

personale comparto 100,00%

Gestire le ferie del personale del comparto

Il risultato atteso è calcolato in questo modo:

- per il personale con residuo ferie al 1/1/15 >6 gg: ridurre il residuo di almeno il 10%
- il personale con residuo ferie al 1/1/15 ≤6 gg può al massimo mantenere al 31.12.2015 un residuo ferie ≤ 6 giorni.

La valutazione è effettuata a livello complessivo. Nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), ovvero di altri fattori di criticità che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso.

proseguire nel percorso di abbattimento del residuo ferie.

x

Monitoraggio

Obiettivo: 165 giornate
Ferie 2015: 175 giornate

Grado di Raggiungimento

personale dirigenza

personale comparto in linea

Gestire le ferie del personale della dirigenza

Il risultato atteso è calcolato in questo modo:
 - per il personale con residuo ferie al 1/1/15 >6 gg: ridurre il residuo di almeno il 10%
 - il personale con residuo ferie al 1/1/15 ≤6 gg può al massimo mantenere al 31.12.2015 un residuo ferie ≤ 6 giorni.
 La valutazione è effettuata a livello complessivo.
 Nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), ovvero di altri fattori di criticità che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso.

proseguire nel percorso di abbattimento del residuo ferie.

x	
---	--

Monitoraggio

Obiettivo: 33 giornate
 Ferie 2015: 28 giornate
 Grado raggiungimento: 84,8%
 La nuova Direzione ha ritenuto di fare una valutazione aziendale e di dare priorità ai tempi d'attesa e all'incremento dei volumi di attività. L'obiettivo viene pertanto ritenuto non valutabile per l'anno 2015.
 L'OIVP prende atto che il mancato raggiungimento dell'obiettivo delle ferie deriva da sopravvenute indicazioni strategiche da parte della nuova Direzione e pertanto conferma la valutazione proposta (Verbale n. 13 OIVP in data 23.06.16)

Grado di Raggiungimento

personale dirigenza **non valutabile**
 personale comparto

Amministrazione Trasparente

pubblicazione nuovo indicatore di tempestività dei pagamenti **trimestrale**

x	
---	--

Monitoraggio

L'indice di tempestività dei pagamenti è regolarmente pubblicato al termine del trimestre di riferimento.

Grado di Raggiungimento

personale dirigenza **in linea**
 personale comparto

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

Ufficio controllo di gestione

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	Incentivazione/Valutazione	
			dirigenza	comparto
Revisione della sezione "personale" della reportistica direzionale	inserimento di un nuovo report per dipartimento e/o struttura operativa	entro il 31.12	30%	30%
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
il report della forza lavoro suddivisa per dipartimento e struttura operativa è stato inserito nella reportistica direzionale a partire dal mese di giugno.			personale dirigenza	100,00%
			personale comparto	100,00%
Utilizzo del verticale SIASA prestazioni ambulatoriali e farmaci presente nella sezione BOXI webi	1. analisi dei nuovi flussi informativi 2. alimentazione della reportistica sulla base dei nuovi flussi informativi	adeguare la reportistica ai nuovi flussi informativi	40%	40%
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
La reportistica direzionale è alimentata sulla base dei nuovi flussi.			personale dirigenza	100,00%
			personale comparto	100,00%
valorizzazione dei consumi di prodotti sanitari sulla base del vecchio piano dei conti ai fini del monitoraggio del budget 2014 e la chiusura di bilancio 2014	predisposizione report sulla base del vecchio piano dei conti	Evidenza dell'indicatore	30%	30%
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
i consumi del 2014 sono stati riclassificati sulla base del vecchio piano dei conti			personale dirigenza	100,00%
			personale comparto	100,00%
Gestire le ferie del personale del comparto	Il risultato atteso è calcolato in questo modo: - per il personale con residuo ferie al 1/1/15 >6 gg: ridurre il residuo di almeno il 10% - il personale con residuo ferie al 1/1/15 ≤6 gg può al massimo mantenere al 31.12.2015 un residuo ferie ≤ 6 giorni. La valutazione è effettuata a livello complessivo. Nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), ovvero di altri fattori di criticità che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso.	perseguire nel percorso di abbattimento del residuo ferie.	x	
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
Obiettivo: 34 giornate Ferie 2015: 38 giornate			personale dirigenza	
			personale comparto	in linea
Gestire le ferie del personale della dirigenza	Il risultato atteso è calcolato in questo modo: - per il personale con residuo ferie al 1/1/15 >6 gg: ridurre il residuo di almeno il 10% - il personale con residuo ferie al 1/1/15 ≤6 gg può al massimo mantenere al 31.12.2015 un residuo ferie ≤ 6 giorni. La valutazione è effettuata a livello complessivo. Nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), ovvero di altri fattori di criticità che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso.	perseguire nel percorso di abbattimento del residuo ferie.	x	
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
Obiettivo: 34 giornate Ferie 2015: 40 giornate			personale dirigenza	in linea
			personale comparto	

Monitoraggio

monitoraggi effettuati:

- alla data del 28.01 in sede di predisposizione dell'aggiornamento del programma triennale della trasparenza a valere per gli anni 2015-2017 (invio mail con i risultati al direttore amministrativo)
- alla data del 08.07 (invio mail con i risultati al direttore amministrativo)
- in sede di predisposizione dell'aggiornamento del programma triennale della trasparenza (12.01.2016 e 29.01.2016)

Grado di Raggiungimento

personale dirigenza **in linea**
 personale comparto

Attività di controllo dei dati inseriti in cup-web in collaborazione con l'ufficio cassa

1. Invio reportistica all'ufficio cassa contenente le prestazioni con stato "in esecuzione" e "prenotato"
2. Invio reportistica adeguata ad evidenziare le differenze tra i dati siasa e i dati CUP-WEB (prestazioni PET e branca di radioterapia)

1. mensile entro il 31 del mese successivo a quello oggetto di analisi (per i laboratori entro il 31 del secondo mese successivo)
2. mensile

x

x

Monitoraggio

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

- del 2/3 e 27/3 relativa all'attività di Gennaio 2015;
- del 27/3 e 28/4 relativa all'attività di Febbraio;
- del 28/4 e 27/5 relativa all'attività di Marzo;
- del 27/5 e 15/6 relativa all'attività di Aprile;
- del 15/6 e 22/7 relativa all'attività di Maggio;
- del 22/7 e 27/8 relativa all'attività di Giugno;
- del 27/8 e 1/10 relativa all'attività di Luglio;
- del 1 e 29/10 relativa all'attività di Agosto;
- del 29/10 e 24/11 relativa all'attività di Settembre;
- del 24/11 e 22-23/12 relativa all'attività di Ottobre;
- del 22-23/12 e 20/1/16 relativa all'attività di Novembre;
- del 20/1/16 e 1/3/16 relativa all'attività di Dicembre.

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

- del 26/2 relativa all'attività di Gennaio 2015;
- del 19/3 relativa all'attività di Febbraio;
- del 27/4 relativa all'attività di Marzo;
- del 27/5 relativa all'attività di Aprile;
- del 17/6 relativa all'attività di Maggio;
- del 14/7 relativa all'attività di Giugno;
- del 25/8 relativa all'attività di Luglio;
- del 23/9 relativa all'attività di Agosto;
- del 22/10 relativa all'attività di Settembre;
- del 23/11 relativa all'attività di Ottobre;
- del 22/12 relativa all'attività di Novembre;
- del 28/01/16 relativa all'attività di Dicembre.

Grado di Raggiungimento

personale dirigenza **in linea**
 personale comparto **in linea**

% raggiungimento obiettivi incentivati

% valutazione

personale dirigenza

100,00%

100%

personale comparto

100,00%

100%

Tecnostruttura Amministrativa



MONITORAGGIO ANNUALE BUDGET 2015 - SOC TECNOLOGIE ED INVESTIMENTI

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

La valutazione della precondizione è positiva (vedi delibera n. 108 del 03.05.2016 di approvazione del bilancio d'esercizio 2015)

Approvato dall'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance con Verbali n. 12 del 30/5/16 e n. 13 del 23/06/16

Portineria e centralino

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	Incentivazione/Valutazione	
			dirigenza	comparto
<p>Continuità di servizio a seguito della sostituzione di un operatore nel corso del 2015</p> <p>Monitoraggio</p> <p>La sostituzione da agosto di un operatore andato in quiescenza è avvenuta con regolare continuità di servizio</p>	<p>Formazione nuovo operatore e continuità del servizio con mantenimento delle attività, incluse gestione reperibilità antincendio e sanitaria</p>	evidenza della realizzazione dell'attività (relazione del responsabile)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox" value="100%"/>
			Grado di Raggiungimento	
			personale dirigenza	
			personale comparto	<input type="checkbox" value="100,00%"/>
<p>Gestire le ferie del personale del comparto</p> <p>Monitoraggio</p> <p>Obiettivo: 163 giornate Ferie 2015: 188 giornate</p>	<p>Il risultato atteso è calcolato in questo modo: - per il personale con residuo ferie al 1/1/15 >6 gg: ridurre il residuo di almeno il 10% - il personale con residuo ferie al 1/1/15 ≤6 gg può al massimo mantenere al 31.12.2015 un residuo ferie ≤ 6 giorni. La valutazione è effettuata a livello complessivo. Nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), ovvero di altri fattori di criticità che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso.</p>	proseguire nel percorso di abbattimento del residuo ferie.	<input type="checkbox" value="x"/>	<input type="checkbox"/>
			Grado di Raggiungimento	
			personale dirigenza	
			personale comparto	<input type="checkbox" value="in linea"/>
			% raggiungimento obiettivi incentivati	
			% valutazione	

raggiungimento

100,00%

100%

Servizio cucina e mensa

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	Incentivazione/Valutazione			
			dirigenza	comparto		
<p>Applicazione del manuale HACCP revisionato nel 2012</p> <p>Monitoraggio</p> <p>monitoraggi: Marzo = 87,5% Giugno = 100% Settembre = 75% Dicembre = 87,5%</p> <p>Un monitoraggio su quattro non raggiunge l'obiettivo assegnato. L'OIVP evidenzia per il secondo esercizio consecutivo un valore soglia inferiore all'atteso (uno dei controlli trimestrali è risultato insufficiente). Sul punto l'organismo rileva la coesistenza di due problematiche: la prima in ordine alla delicatezza dell'ambito e alle possibili conseguenze negative derivanti da una incompleta osservanza delle disposizioni aziendali; la seconda relativa ai meccanismi di valutazione dell'obiettivo stesso. In merito a quest'ultimo tema, dopo un'approfondita disamina con la referente del servizio dietistico e la responsabile pro tempore del servizio di cucina e mensa, è risultato che il parametro dell'80% viene considerato valore soglia sia per la singola verifica di adeguatezza agli standard HACCP che per il complesso delle valutazioni. Pertanto, avendo eseguito un numero complessivo di quattro verifiche nel corso del 2015, l'Organismo ritiene di valutare la percentuale di raggiungimento dell'obiettivo come valore medio delle percentuali rilevate nel corso delle singole verifiche 2015 pari all'87,5% (Verbale n. 13 OIVP in data 23.06.16)</p>	<p>i monitoraggi trimestrali del servizio dietistico evidenziano il rispetto delle norme igieniche nell'80% dei casi.</p>	<p>il manuale è applicato correttamente per quanto riguarda le norme igieniche</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox" value="100%"/>		
<p>Gestire le ferie del personale del comparto</p> <p>Monitoraggio</p> <p>Obiettivo: 213 giornate Ferie 2015: 261 giornate</p>			<p>Il risultato atteso è calcolato in questo modo: - per il personale con residuo ferie al 1/1/15 >6 gg: ridurre il residuo di almeno il 10% - il personale con residuo ferie al 1/1/15 ≤6 gg può al massimo mantenere al 31.12.2015 un residuo ferie ≤ 6 giorni.</p> <p>La valutazione è effettuata a livello complessivo. Nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), ovvero di altri fattori di criticità che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso.</p>	<p>proseguire nel percorso di abbattimento del residuo ferie.</p>	<input type="checkbox" value="x"/>	<input type="checkbox"/>
			<p>Grado di Raggiungimento</p> <p>personale dirigenza</p> <p>personale comparto 87,50%</p>			
			<p>Grado di Raggiungimento</p> <p>personale dirigenza</p> <p>personale comparto in linea</p>			
			<p>% raggiungimento obiettivi incentivati</p>	<p>% valutazione</p>		
			<p>raggiungimento</p>	<p>87,50%</p>		
				<p>100%</p>		

Servizio guardaroba

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	Incentivazione/Valutazione	
			dirigenza	comparto
gestione dei carichi/scarichi di magazzino guardaroba	l'inventario da eseguirsi nell'ultimo trimestre dell'anno evidenzia una differenza del rilevato inferiore al 1% del valore registrato a magazzino	coerenza materiale a magazzino con inventario	<input type="checkbox"/>	100%
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
L'ultimo inventario fisico delle divise e degli effetti lettereci è stato effettuato in data 31/12/2015. La giacenza fisica è risultata corrispondere a quella contabile riportata nella stampa da sistema Ascotweb.			personale dirigenza	
Gestire le ferie del personale del comparto			personale comparto	100,00%
	<p>Il risultato atteso è calcolato in questo modo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - per il personale con residuo ferie al 1/1/15 >6 gg: ridurre il residuo di almeno il 10% - il personale con residuo ferie al 1/1/15 ≤6 gg può al massimo mantenere al 31.12.2015 un residuo ferie ≤ 6 giorni. <p>La valutazione è effettuata a livello complessivo. Nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), ovvero di altri fattori di criticità che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso.</p>	proseguire nel percorso di abbattimento del residuo ferie.	x	
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
Obiettivo valutato assieme al Servizio ricevimento merci: 192 giornate Ferie 2015: 195 giornate			personale dirigenza	
			personale comparto	in linea
			% raggiungimento obiettivi incentivati	% valutazione
raggiungimento			100,00%	100%

Servizio ricevimento merci

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	Incentivazione/Valutazione	
			dirigenza	comparto
monitoraggio accettazione merci proveniente dall'EGAS nell'applicativo Magrep da parte dei servizi	Il 90% dei resi avviene entro due giorni dalla consegna al ricevimento merci.	Gestione di parte dei resi prima della consegna al reparto/servizio: riduzione tempo gestione dei resi	<input type="checkbox"/>	100%

Monitoraggio

monitoraggio gennaio-dicembre: 88,14%

Tenuto conto che vi può essere la necessità di approfondire le motivazioni del reso da parte del Manager Acquisti o del Farmacista e che nel conteggio dei giorni che intercorrono tra le due date (data reso/data approvazione=data reso fisico all'Egas) possono esserci dei giorni non lavorativi, la Direzione ritiene di considerare l'obiettivo raggiunto al 100%.

Grado di Raggiungimento

personale dirigenza

personale comparto **100,00%**

Gestire le ferie del personale del comparto

Il risultato atteso è calcolato in questo modo:
 - per il personale con residuo ferie al 1/1/15 >6 gg: ridurre il residuo di almeno il 10%
 - il personale con residuo ferie al 1/1/15 ≤6 gg può al massimo mantenere al 31.12.2015 un residuo ferie ≤ 6 giorni.
 La valutazione è effettuata a livello complessivo.
 Nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), ovvero di altri fattori di criticità che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso.

perseguire nel percorso di abbattimento del residuo ferie.

x

Monitoraggio

Obiettivo valutato assieme al Guardaroba: 192 giornate.

Ferie 2015: 195 giornate

Grado di Raggiungimento

personale dirigenza

personale comparto **in linea**

% raggiungimento obiettivi incentivati

% valutazione

raggiungimento

100,00%

100%

Servizio tecnico

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	Incentivazione/Valutazione	
			dirigenza	comparto
Messa a regime nuovi impianti di conduzione calore	Supporto alla risoluzione delle criticità legate alla conduzione degli impianti (con particolare attenzione ai processi di corrosione)	I fenomeni di corrosione vengono monitorati e limitati tramite gestione del trattamento acque e monitoraggio continuativo	<input type="checkbox"/>	50%
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
Il servizio tecnico ha supervisionato con costante periodicità l'attività di gestione degli impianti di conduzione calore esternalizzata, è intervenuto in maniera diretta in caso di necessità manutentive. Nel corso del 2015 sono stati avviati tutti i nuovi impianti di conduzione calore previsti dall'appalto, con chiusura entro l'anno.			personale dirigenza	
			personale comparto	100,00%
Presa in gestione impiantistica nuovo blocco RMN	Continuità di servizio (UTA, impianti elettrici, ...)	L'adeguamento degli impianti ha consentito la piena attività sanitaria del nuovo sistema RMN 3T	<input type="checkbox"/>	50%
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
La RNM è andata in funzione nel primo semestre 2015, il servizio tecnico ha preso in carico tutta la parte impiantistica che asserva alla struttura stessa, come parte integrante dei singoli impianti tecnologici.			personale dirigenza	
			personale comparto	100,00%
Gestire le ferie del personale del comparto	<p>Il risultato atteso è calcolato in questo modo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - per il personale con residuo ferie al 1/1/15 >6 gg: ridurre il residuo di almeno il 10% - il personale con residuo ferie al 1/1/15 ≤6 gg può al massimo mantenere al 31.12.2015 un residuo ferie ≤ 6 giorni. <p>La valutazione è effettuata a livello complessivo. Nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), ovvero di altri fattori di criticità che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso.</p>	proseguire nel percorso di abbattimento del residuo ferie.	x	
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
Obiettivo: 380 giornate Ferie 2015: 393 giornate			personale dirigenza	
			personale comparto	in linea
			% raggiungimento obiettivi incentivati	% valutazione
raggiungimento			100,00%	100%

Ufficio economato e provveditorato

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	Incentivazione/Valutazione	
			dirigenza	comparto
Attività a supporto dell'avvio della fatturazione elettronica	abbattimento del numero di fatture respinte per anomalia CIG/CUP nel corso dell'anno. Il monitoraggio verrà effettuato con riferimento alle fatture emesse nel mese di ottobre: il 98% viene trattato senza essere respinto a causa di anomalie sul codice CIG	Il flusso documentale, dall'ordine alla fattura, viene correttamente gestito (utilizzo del codice CIG in fase di ordine)	<input type="checkbox"/>	50%
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
Dall'estrazione eseguita nel corso del mese di ottobre emerge una percentuale superiore al 2% (22 casi su 551 fatture) di fatture respinte, in quanto le ditte non riportano il CIG presente nell'ordine. Il flusso documentale da parte del personale è stato eseguito correttamente, la motivazione della % di fatture respinte non è imputabile a cause interne.			personale dirigenza	
			personale comparto	100,00%
Approvvigionamento da magazzino centralizzato	Sperimentazione gestione richieste di materiale gestito a magazzino CRO tramite nuova funzionalità del sistema informativo G3, in collaborazione con l'EGAS	verifica risultati della gestione di una classe di circa dieci prodotti farmaceutici	20%	50%
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
la sperimentazione è stata avviata per un numero di prodotti superiore a 10. (mail del direttore della struttura in data 23.10.2015)			personale dirigenza	100,00%
			personale comparto	100,00%
Gestire le ferie del personale del comparto	Il risultato atteso è calcolato in questo modo: - per il personale con residuo ferie al 1/1/15 >6 gg: ridurre il residuo di almeno il 10% - il personale con residuo ferie al 1/1/15 ≤6 gg può al massimo mantenere al 31.12.2015 un residuo ferie ≤ 6 giorni. La valutazione è effettuata a livello complessivo. Nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), ovvero di altri fattori di criticità che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso.	proseguire nel percorso di abbattimento del residuo ferie.	x	<input type="checkbox"/>
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
Obiettivo: 244 giornate Ferie 2015: 272 giornate			personale dirigenza	
			personale comparto	in linea
Gestione gara in economia al di sotto dei 40.000 Euro	Estensione delle procedure di acquisizione gestite tramite piattaforma MEPA e gestione gare non più in carico al EGAS	L'utilizzo del MEPA viene esteso ai presidi e alla gestione gare di beni e servizi non più gestiti dall'EGAS	x	x
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
Per tutti i beni e servizi presenti sul portale MEPA le procedure di acquisizione vengono eseguite sulla piattaforma stessa, compresa la quota di presidi, beni e servizi in economia che l'EGAS non gestisce più a magazzino. Gli affidamenti al 31.12.2015 sono pari a 191 procedimenti sia diretti (ODA) che con RDO. Il trend è in crescita rispetto al complessivo di 137 procedimenti conclusi nel portale nel 2014			personale dirigenza	in linea
			personale comparto	in linea
			% raggiungimento obiettivi incentivati	% valutazione
raggiungimento			100,00%	100%

Ufficio informatico

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	Incentivazione/Valutazione	
			dirigenza	comparto
Migrazione posta elettronica	Prosecuzione della migrazione verso la nuova piattaforma software	migrazione di almeno 400 caselle di posta totali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 25%
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
al 31/12/2015 tutte le cartelle esistenti (526) sono state migrate nella nuova piattaforma software e tutte le nuove caselle sono state create nella nuova piattaforma			personale dirigenza	in linea
			personale comparto	100,00%
informatizzazione del percorso paziente di day surgery al I piano	parametrizzazione del sistema del registro di sala operatoria	evidenza dell'indicatore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 25%
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
E' stato configurato (in G2 clinico – gestione interventi chirurgici) l'ambiente per consentire la compilazione e la stampa del registro di sala operatoria per il percorso di day surgery. Il processo è stato verificato nella sua funzionalità. (mail del direttore della struttura in data 23.10.2015)			personale dirigenza	
			personale comparto	100,00%
Attività tecnica di avvio PACS presso diagnostica ecografica ginecologica	Parametrizzazione e test del workflow G3/ecografi/PACS.	Configurazione ecografi ginecologia in rete e interfacciamento con G3/PACS	<input type="checkbox"/> 20%	<input type="checkbox"/> 25%
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
L'interfacciamento degli ecografi ginecologici al PACS, come da indicazioni regionali, è stato avviato, con verifica di funzionamento tramite i test del workflow anche verso G3, nel mese di Febbraio 2015 (mail del direttore della struttura in data 23.10.2016)			personale dirigenza	100,00%
			personale comparto	100,00%
Supporto tecnico/formativo procedure Ufficio Cassa	Verrà garantito il supporto all'uso del sistema informativo a seguito del pensionamento della PO	continuità di servizio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 25%
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
E' stata garantita la continuità di servizio mediante supporto all'utilizzo del sistema informativo, senza disagi a seguito del pensionamento della PO (mail del direttore della struttura in data 23.10.2015)			personale dirigenza	
			personale comparto	100,00%
Gestire le ferie del personale del comparto	Il risultato atteso è calcolato in questo modo: - per il personale con residuo ferie al 1/1/15 >6 gg: ridurre il residuo di almeno il 10% - il personale con residuo ferie al 1/1/15 ≤6 gg può al massimo mantenere al 31.12.2015 un residuo ferie ≤ 6 giorni. La valutazione è effettuata a livello complessivo. Nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), ovvero di altri fattori di criticità che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso.	perseguire nel percorso di abbattimento del residuo ferie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
Obiettivo: 100 giornate Ferie 2015: 113 giornate			personale dirigenza	
			personale comparto	in linea
Gestire le ferie del personale della dirigenza	Il risultato atteso è calcolato in questo modo: - per il personale con residuo ferie al 1/1/15 >6 gg: ridurre il residuo di almeno il 10% - il personale con residuo ferie al 1/1/15 ≤6 gg può al massimo mantenere al 31.12.2015 un residuo ferie ≤ 6 giorni. La valutazione è effettuata a livello complessivo. Nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), ovvero di altri fattori di criticità che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso.	perseguire nel percorso di abbattimento del residuo ferie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
Obiettivo: 10 giornate Ferie 2015: 13 giornate			personale dirigenza	in linea
			personale comparto	

**% raggiungimento
obiettivi
incentivati**

% valutazione

raggiungimento

100,00%

100%

Ufficio tecnico

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	Incentivazione/Valutazione	
			dirigenza	comparto
Esecuzione ampliamento radiologia	Realizzazione nuovo edificio in adiacenza all'esistente e attivazione nuova RMN 3T	Collaudo e messa in funzione nuovo blocco RMN	10%	40%
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
Collaudo 31/03/2015 e conseguente completo funzionamento			personale dirigenza	100,00%
			personale comparto	100,00%
produzione capitolato acceleratore lineare	Il capitolato di gara è trasmesso all'EGAS	entro 31.12	30%	30%
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
Il Capitolato di gara è stato inviato all'EGAS il 22/12/2015			personale dirigenza	100,00%
			personale comparto	100,00%
produzione capitolato mammografo digitale	Il capitolato di gara è trasmesso all'EGAS	entro 31.12	20%	30%
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
Il Capitolato di gara è stato inviato all'EGAS il 17/11/2015			personale dirigenza	100,00%
			personale comparto	100,00%
Gestire le ferie del personale del comparto	<p>Il risultato atteso è calcolato in questo modo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - per il personale con residuo ferie al 1/1/15 >6 gg: ridurre il residuo di almeno il 10% - il personale con residuo ferie al 1/1/15 ≤6 gg può al massimo mantenere al 31.12.2015 un residuo ferie ≤ 6 giorni. <p>La valutazione è effettuata a livello complessivo. Nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), ovvero di altri fattori di criticità che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso.</p>	proseguire nel percorso di abbattimento del residuo ferie.	x	
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
<p>Obiettivo: 212 giornate</p> <p>Ferie 2015: 205 giornate</p> <p>Grado raggiungimento: 96,69%</p> <p>La nuova Direzione ha ritenuto di fare una valutazione aziendale e di dare priorità ai tempi d'attesa e all'incremento dei volumi di attività. L'obiettivo viene pertanto ritenuto non valutabile per l'anno 2015.</p> <p>L'OIVP prende atto che il mancato raggiungimento dell'obiettivo delle ferie deriva da sopravvenute indicazioni strategiche da parte della nuova Direzione e pertanto conferma la valutazione proposta (Verbale n. 13 OIVP in data 23.06.16)</p>			personale dirigenza	
			personale comparto	non valutabile
			% raggiungimento obiettivi incentivati	
			% valutazione	
raggiungimento			100,00%	100%

Approvato dall'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance con Verbali n. 12 del 30/5/16 e n. 13 del 23/06/16

Gruppo Logistica, Igiene ospedaliera, Documentazione sanitaria, attività Dietistica

			Incentivazione/Valutazione
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	comparto
Riorganizzazione servizio trasporti dei materiali biologici e dei pazienti e dei Locali Esequiali a fronte del pensionamento di un dipendente e delle collaborazioni con l'AAS 5	inserimento e formazione di un nuovo dipendente e delle collaborazioni con l'AAS 5	relazione del dirigente delle professioni sanitarie sulla realizzazione dell'indicatore	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: 40px; margin: auto;">15%</div>
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento
E' stata inserita e formata una nuova dipendente con contratto interinale. La dipendente svolge regolarmente il proprio lavoro autonomamente (scadenza del contratto maggio 2016)			<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: 60px; margin: auto;">100,00%</div>
Avvio della raccolta differenziata dei rifiuti	riduzione dei rifiuti soggetti a incenerimento a fronte di una corretta differenziazione dei rifiuti	relazione del direttore sanitario sulla realizzazione dell'indicatore	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: 40px; margin: auto;">15%</div>
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento
Nell'area sanitaria si è mantenuta la raccolta differenziata dei rifiuti, malgrado l'improvvisa scomparsa del referente per la gestione dei rifiuti. Attualmente è stato inserito un nuovo referente ed è in corso il percorso formativo con l'aiuto di un consulente esterno. I rifiuti sanitari inceneriti nel 2014 sono stati kg 160.848,13 per una spesa complessiva di euro 220.361,94 mentre nel 2015, fino al 31 ottobre, sono stati kg 137.728,56 per un costo di euro 188.688,56. Calcolando la media mensile, nel 2014 sono stati spesi euro 18.363,495, mentre nel 2015 sono stati spesi mensilmente 18.868,856. In pratica si può dichiarare che la raccolta differenziata è stata mantenuta, ma deve essere implementata con un progetto sistemico di raccolta differenziata dei rifiuti.			<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: 60px; margin: auto;">100,00%</div>
Gestione dei turni di lavoro del personale della cucina fino all'espletamento e aggiudicazione della gara d'appalto	1. stesura di turni mensili 2. residuo ferie al 31.12.2015 ≤ a quello al 31.12.2014	1. relazione del dirigente delle professioni sanitarie sulla avvenuta continuità del servizio attraverso una turnistica corretta 2. evidenza della realizzazione dell'indicatore	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: 40px; margin: auto;">15%</div>
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento
I turni di lavoro sono stati garantiti regolarmente tutto l'anno e rispettando la Legge 161/2014. Le ferie residue sono pari a zero ovvero tutte le ferie sono state regolarmente godute dal personale.			<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: 60px; margin: auto;">100,00%</div>
Realizzazione indagine di gradimento del Servizio Ristorazione interna tra i dipendenti	elaborazione dei dati raccolti e consegna degli stessi al servizio dietistico per eventuali progetti di miglioramento	relazione del dirigente delle professioni sanitarie sulla realizzazione dell'indicatore	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: 40px; margin: auto;">15%</div>
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento
L'indagine relativa al gradimento, da parte dei dipendenti, del Servizio Ristorazione aziendale ha avuto inizio il 26 ottobre e si è conclusa il 21 dicembre. I questionari raccolti sono stati 150. La soddisfazione dei dipendenti relativa alla cortesia e disponibilità degli operatori è stata n°150 positivi, 32 non risposto e 1 negativo Dall'analisi dei questionari compilati dai dipendenti che frequentano la mensa, si evidenzia che il servizio mensa dell'Istituto ha un buon indice di gradimento, rendendo non indispensabili in tempi brevi, ulteriori cambiamenti.			<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: 60px; margin: auto;">100,00%</div>

Monitoraggio

Grado di Raggiungimento

L'Archivio Sanitario ha gestito il completamento, a scaglioni, del trasloco di tutte le Cartelle Cliniche nominative (memorie sanitarie) verso l'Archivio Italarchivi Omniadoc con sede a San Quirino PN. Tutte le Cartelle Cliniche sono state dotate di un codice a barre per facilitare le operazioni di registrazione in ingresso ed uscita dall'Archivio e dall'Istituto, dopo l'utilizzo. Il personale dell'Archivio dell'Istituto si è avvalso di un nuovo software per la gestione delle Cartelle Cliniche.

100,00%

Studio di fattibilità per la raccolta differenziata dei rifiuti

elaborazione dello studio

entro il 31.12

10%

Monitoraggio

Grado di Raggiungimento

Il Progetto di fattibilità che doveva essere presentato per la fine del 2015, causa il decesso del referente, non è stato eseguito. L'OIVP, tenuto conto della motivazione fornita sul mancato raggiungimento, ritiene più opportuno lo stralcio dell'obiettivo medesimo rispetto al suo pieno riconoscimento (Verbale n. 13 OIVP in data 23.06.16)

non valutabile

SINTESI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI INCENTIVATI

	% raggiungimento obiettivi incentivati	% valutazione
raggiungimento	100,00%	90%

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	Incentivazione/Valutazione
			comparto
Monitoraggio indicatori appropriatezza presenti nelle schede di budget delle strutture operative	predisposizione di un report di monitoraggio	semestrale	50%
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento
Il report è semestrale, vista la richiesta da parte della Regione e del gruppo di lavoro, per un report semestrale. Il primo è stato consegnato a Novembre 2015, il secondo semestre è stato consegnato in data 14 aprile. Sono state rispettate le scadenze previste dal piano controlli.			100,00%
Partecipazione al gruppo sull'appropriatezza dell'area pordenonese	partecipazione agli incontri organizzati	evidenza della partecipazione agli incontri	50%
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento
partecipazione a 2 incontri (11 agosto e 18 marzo 2016).			100,00%

SINTESI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI INCENTIVATI

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

Segreteria Direzione Sanitaria - Panont, Ros

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	Incentivazione/Valutazione
			comparto
Riorganizzazione degli uffici della direzione sanitaria	orario di apertura al pubblico della segreteria della direzione sanitaria: dalle ore 8.00 alle ore 17.30	evidenza dell'indicatore	100%

Monitoraggio

Grado di Raggiungimento

Gli uffici della Direzione Sanitaria hanno effettuato il trasloco senza interrompere il servizio. L'orario di apertura al pubblico della segreteria della Direzione Sanitaria, con una sola dipendente a tempo pieno ed una a part-time al 83%, è stato garantito con l'apertura alle ore 08,00 e chiusura alle ore 17,30 e oltre, quando è stato necessario, al fine di contenere le ore straordinarie e il godimento delle ferie, come previsto in un altro obiettivo 2015.

100,00%

SINTESI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI INCENTIVATI

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

Ufficio Cassa e Spedalità

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	Incentivazione/Valutazione
			comparto
Gestione dei flussi ministeriali di competenza dell'ufficio cassa	sono trasmessi i flussi ministeriali	evidenza della realizzazione degli indicatori (relazione direttore amministrativo)	100%

Monitoraggio	Grado di Raggiungimento
Tutti i flussi Ministeriali di competenza, per l'anno 2015, sono stati inviati entro le scadenze stabilite dal MEF. L'OIVP ha approfondito il contesto che giustifica l'assegnazione dell'obiettivo, che si sostanzia nella garanzia di continuità di gestione dei flussi medesimi a fronte di una situazione straordinaria (Verbale n. 13 OIVP in data 23.06.16)	100,00%

SINTESI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI INCENTIVATI

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

Approvato dall'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance con Verbali n. 12 del 30/5/16 e n. 13 del 23/06/16

Unità per la gestione del rischio clinico e l'accreditamento

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	Incentivazione/Valutazione	
			dirigenza	comparto
Percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA) rivisti nel corso del 2014: - colon retto - ovaio - mammella - melanoma	supporto ai gruppi di lavoro per l'individuazione di indicatori di esito e/o di processo	gli indicatori di esito e/o processi sono individuati	10%	10%
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
La UGRCA ha collaborato con i team per l'individuazione degli indicatori che sono parte integrante del PDTA (vedi mail del 04.05.2016)			personale dirigenza	100,00%
			personale comparto	100,00%
Linea progettuale 3.4.8. – Rischio clinico: coordinare e monitorare le attività	1. predisposizione relazione sullo stato di attuazione della linea 2. partecipazione all'indagine di prevalenza delle infezioni e uso degli antibiotici (PPS)	1. relazione semestrale 2. raccolta dei dati e invio secondo le modalità e tempistiche concordate a livello regionale	10%	10%
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
1. le relazioni sono state predisposte come segue: - 1 semestre in sede di redazione del rendiconto economico semestrale; - a novembre per la redazione del PA 2016; - ad aprile per tutto il 2016 in sede di chiusura di bilancio 2015. 2. la survey si è svolta nel mese di ottobre. Si dispone dei dati di struttura, in attesa del report regionale di confronto tra strutture.			personale dirigenza	100,00%
			personale comparto	100,00%
Gestione integrata degli Audit di prima parte per il governo del Rischio Lavorativo e Clinico	1. Analisi delle osservazioni e Non Conformità rilevate nel 2014 2. monitoraggio delle azioni correttive nelle singole strutture oggetto di audit nel 2014	1. relazione alla direzione entro 30.04 2. verbali di audit di monitoraggio	30%	30%
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
1. trasmessa con nota prot. 7083/S del 22.04.2. si sono svolti gli audit di monitoraggio, ad eccezione di quelli del dipartimento chirurgico, medico e amministrativo, per impedimenti legati agli impegni delle singole strutture (vedi prot. 20573 del 03/12/2015, 21089/ACCRED del 15/12/2015 e 21091/ACCRED del 15/12/2015).			personale dirigenza	100,00%
			personale comparto	100,00%
Partecipazione al programma di accreditamento OEI-BenchCan	1. Coordinamento dell'autovalutazione secondo gli indicatori BenchCan 2. Preparazione alla site visit 3. coordinamento della sperimentazione di un questionario di customer satisfaction	1. evidenza dell'invio dell'autovalutazione 2. evidenza dello svolgimento della site visit 3. relazione sui risultati della customer satisfaction entro 31.12	20%	20%
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
1. l'autovalutazione è stata inviata nei tempi previsti dal programma (marzo 2015). 2. La site visit si è svolta in data 27.04.2015. 3. I questionari di customer satisfaction sono stati, come previsto, inviati al coordinamento per l'elaborazione (obiettivo 100 questionari, inviati 142). Il coordinamento del programma (NKI) ha chiesto una proroga per la consegna del report che era previsto per ottobre. Il report con i risultati della customer satisfaction sono stati inviati dal coordinamento in data 08/02/2016.			personale dirigenza	100,00%
			personale comparto	100,00%

Monitoraggio

la visita di certificazione, comprendente sia il mantenimento delle strutture certificate che l'estensione alla radiologia ed alla Epidemiologia, si è svolta a fine novembre. Sono state inviate le evidenze delle azioni correttive legate alle non conformità rilevate. In attesa del certificato.

Grado di Raggiungimento

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

Miglioramento della comunicazione interna

- stesura di una proposta per la gestione documentale di istituto
- avvio di un gruppo di lavoro per l'implementazione

1. entro 30.06
2. entro 31.12

20%

20%

Monitoraggio

1. con mail del 31.03 è stata trasmessa la proposta al direttore generale che l'ha approvata. Il documento è stato trasmesso all'Ente Certificatore con nota prot. 6402/S.
2. con prot. n. 20440/ACCRED del 03/12/2015 è stato individuato il gruppo di lavoro per l'implementazione del piano. Non sono stati avviati i lavori, in vista della ridefinizione delle responsabilità su questo tema.

Grado di Raggiungimento

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

Gestire le ferie del personale del comparto dell'unità

Il risultato atteso è calcolato in questo modo:
- per il personale con residuo ferie al 1/1/15 >6 gg: ridurre il residuo di almeno il 10%
- il personale con residuo ferie al 1/1/15 ≤6 gg può al massimo mantenere al 31.12.2015 un residuo ferie ≤ 6 giorni.
La valutazione è effettuata a livello complessivo.
Nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), ovvero di altri fattori di criticità che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso.

proseguire nel percorso di abbattimento del residuo ferie.

x

Monitoraggio

Obiettivo: 33 giornate
Ferie 2015: 33 giornate

Grado di Raggiungimento

personale dirigenza
personale comparto **in linea**

Gestire le ferie del personale della dirigenza dell'unità

Il risultato atteso è calcolato in questo modo:
- per il personale con residuo ferie al 1/1/15 >6 gg: ridurre il residuo di almeno il 10%
- il personale con residuo ferie al 1/1/15 ≤6 gg può al massimo mantenere al 31.12.2015 un residuo ferie ≤ 6 giorni.
La valutazione è effettuata a livello complessivo.
Nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), ovvero di altri fattori di criticità che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso.

proseguire nel percorso di abbattimento del residuo ferie.

x

Monitoraggio

Obiettivo: 32 giornate
Ferie 2015: 24 giornate
Grado raggiungimento: 75%
La nuova Direzione ha ritenuto di fare una valutazione aziendale e di dare priorità ai tempi d'attesa e all'incremento dei volumi di attività. L'obiettivo viene pertanto ritenuto non valutabile per l'anno 2015.
L'OIVP prende atto che il mancato raggiungimento dell'obiettivo delle ferie deriva da sopravvenute indicazioni strategiche da parte della nuova Direzione e pertanto conferma la valutazione proposta (Verbale n. 13 OIVP in data 23.06.16)

Grado di Raggiungimento

personale dirigenza **non valutabile**
personale comparto

SINTESI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI INCENTIVATI VALUTATI

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

Tecnostruttura Sanitaria



MONITORAGGIO ANNUALE BUDGET 2015 - SOS DIREZIONE DELLE PROFESSIONI SANITARIE

Approvato dall'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance con Verbali n. 12 del 30/5/16 e n. 13 del 23/06/16

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	Incentivazione/Valutazione
			dirigenza
L'arte come supporto terapeutico	Garantire la continuità della iniziativa di umanizzazione: "L'arte come supporto terapeutico"	Pianificare 12 mostre d'arte	30%
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento
È stata garantita la continuità dell'iniziativa di umanizzazione "L'arte come supporto terapeutico" Sono state svolte 12 mostre di circa un mese ciascuna.			100,00%
Obiettivo regionale sul clima interno: "Esperienza paziente"	Distribuire, raccogliere, inserire ed inviare i dati dei pazienti alla Società Televita	201 adesioni	30%
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento
201 adesioni raccolte (rendicontazione patto DG anno 2015)			100,00%
Tirocini corsi OSS	Gestire tutta la programmazione dei corsi OSS dei vari Enti di Formazione (Trend, Enrico Fermi, Cramars, Enaip, Opera Sacra Famiglia)	Attestazione dei tirocini svolti da parte degli enti di formazione	40%
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento
I corsi oss sono stati richiesti dagli Enti di Formazione E. Fermi, Trend, Cramars, Enaip, Opera Sacra Famiglia. Tutti gli studenti sono stati accolti e hanno svolto regolarmente i tirocini. Tutte le valutazioni sono state fatte a fine tirocinio. (Nota prot.n.PFO-356-15/16 del 23/12/15 Fondazione Opera Sacra Famiglia)			100,00%
Gestire le ferie del personale del comparto con esclusione del personale assegnato all'unità gestione rischio clinico e accreditamento e compreso il personale dell'URP	Il risultato atteso è calcolato in questo modo: - per il personale con residuo ferie al 1/1/15 >6 gg: ridurre il residuo di almeno il 10% - il personale con residuo ferie al 1/1/15 ≤6 gg può al massimo mantenere al 31.12.2015 un residuo ferie ≤ 6 giorni. La valutazione è effettuata a livello complessivo. Nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), ovvero di altri fattori di criticità che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso.	perseguire nel percorso di abbattimento del residuo ferie.	x
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento
Obiettivo: 640 giornate Ferie 2015: 683 giornate			

**Gestire le ferie del personale della
dirigenza della struttura Direzione delle
professioni sanitarie**

Il risultato atteso è calcolato in questo modo:

- per il personale con residuo ferie al 1/1/15 >6 gg: ridurre il residuo di almeno il 10%

- il personale con residuo ferie al 1/1/15 ≤6 gg può al massimo mantenere al 31.12.2015 un residuo ferie ≤ 6 giorni.

La valutazione è effettuata a livello complessivo.

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

**proseguire nel percorso di
abbattimento del residuo ferie.**

X

Monitoraggio

Grado di Raggiungimento

Obiettivo: 30 giornate
Ferie 2015: 36 giornate

in linea

SINTESI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI INCENTIVATI VALUTATI

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

Tecnostuttura Sanitaria

MONITORAGGIO ANNUALE BUDGET 2015 - SOC FARMACIA

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

La valutazione della precondizione è positiva (vedi delibera n. 108 del 03.05.2016 di approvazione del bilancio d'esercizio 2015)

Approvato dall'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance con Verbali n. 12 del 30/5/16 e n. 13 del 23/06/16

OBIETTIVI INCENTIVATI			Incentivazione: PESI		
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	dirigenza		comparto
			direttore	dirigenti	
Garantire le registrazioni nel RFOM per i farmaci soggetti a monitoraggio AIFA	invio reportistica adeguata alla verifica della corretta implementazione delle schede di registrazione nel registro RFOM da parte delle strutture operative.	trimestrale	25%	25%	<input type="checkbox"/>

Monitoraggio

1° trimestre: prot. 30 del 02.04, prot. 31 del 08.04, prot. 32 del 09.04 e prot. 33 del 11.04
 2° trimestre: prot. 42-43-44 del 24.06 e prot. 45 del 25.06
 3° trimestre: prot. 64 del 02.10, prot. 64-65 del 03.10 e prot. 67 del 07.10
 4° trimestre: prot. 4 del 27.01, 6-9 del 28.01 e mail del 15.04.2016
 L'OIVP ritiene di dover procedere ad un ricalcolo del raggiungimento dell'obiettivo alla luce del mancato invio del quarto report trimestrale nell'ambito della SOC Oncologia A. Pertanto l'obiettivo è da considerarsi raggiunto al 94% (Verbale n. 13 OIVP in data 23.06.16)

Grado di Raggiungimento

personale dirigenza **94,00%**
 personale comparto

Adozione di politiche del farmaco con particolare riferimento ai farmaci ad alto costo in accordo al Choosing Wisely dell'ASCO	report di monitoraggio dell'appropriatezza dei cicli prescritti dalle strutture di oncologia per i gruppi di farmaci rientranti nelle linee guida elaborate	semestrale	25%	25%	<input type="checkbox"/>
--	---	------------	-----	-----	--------------------------

Monitoraggio

pimo semestre: prot. 47 tris/F del 15.07
 gennaio-agosto: prot. 59/F del 17.09
 gennaio-dicembre: prot. 12/F del 25.01.2016

Grado di Raggiungimento

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

garantire i controlli mensili dei magazzini di farmacia	predisposizione di report	mensili	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	100%
---	---------------------------	---------	--------------------------	--------------------------	------

Monitoraggio

report predisposti: 28.01, 02.03, 08.04, 03.05, 27.05, 30.06, 30.07, 05.09, 31.10, 30.11, 06.12, 30.12. (mail del responsabile in data 26.05.16)
 L'OIVP ha provveduto ad approfondire le scadenze della reportistica acquisendo dal responsabile della struttura le motivazioni dello scostamento dalla cadenza mensile (Verbale n. 13 OIVP in data 23.06.16)

Grado di Raggiungimento

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

OBIETTIVI INCENTIVATI			Incentivazione: PESI		
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	dirigenza		comparto
			direttore	dirigenti	
Procedura HTA: coordinamento di gruppi di lavoro per la stesura di schede	partecipazione alle riunioni	almeno una scheda HTA	20%	20%	<input type="checkbox"/>
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento		
sono state predisposte 3 schede HTA per i seguenti prodotti: - XOFIGO -EMDA EMBOCEPT (mail del direttore della struttura in data 13.01.2016)			personale dirigenza	100,00%	
			personale comparto		
Attività di farmacovigilanza	- inserimento appropriato nella rete nazionale AIFA degli eventi avversi comunicati dal personale sanitario - attività di mailing sulla farmacovigilanza	relazione con l'evidenza della realizzazione degli indicatori	10%	10%	<input type="checkbox"/>
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento		
Segnalazioni di ADR inserite in RNF Aifa periodo gennaio-dicembre 2015: n. 83. Tendenza= aumento 29,5% (mail del 30.05.16 Dott. Baldo) 2014 - 12 mesi inserite n. 64 segnalazioni; 2013 - 12 mesi, inserite 54 segnalazioni. L'attività di informazione e mailing al personale sanitario, con - e da - il Centro Regionale di Farmacovigilanza rVG, e con AIFA, per quanto attiene le comunicazioni sulle segnalazioni avverse da farmaci, è stata effettuata secondo quanto previsto dalla regolamentazione in materia di FV (normativa europea recepita in Italia con Decreto 30/4/2015). E' stato inoltre attivato un nuovo desk di Vigilanza sui farmaci, aperto tutte le mattine (escluso giovedì) presso il DH.			personale dirigenza	100,00%	
			personale comparto		
Organizzazione di eventi formativi sulla farmacovigilanza per il personale medico e infermieristico del CRO	numero di eventi	≥ 1	5%	5%	<input type="checkbox"/>
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento		
Effettuato il 15/10/2015 Seminario presso la Direzione Scientifica dal titolo: "Target-Vig: presentazione risultati dello studio osservazionale di farmacovigilanza attiva su 10 farmaci targeted-therapy"			personale dirigenza	100,00%	
			personale comparto		
Coordinamento dello staff analisi di qualità di radiofarmacia	analisi dei Kits (HDP, Nanocoll, Octreoscan) consegnati alla medicina nucleare	analisi di almeno l'80%	5%	5%	<input type="checkbox"/>
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento		
Su 206 consegne nel 2015 di radiofarmaci state effettuate 196 analisi (Nanocoll 120; HDP 64; Octreoscan 12): 95% dei materiali consegnati			personale dirigenza	100,00%	
			personale comparto		
Individuazione dei referenti della SOC di Farmacia per l'elaborazione ed analisi dei diversi flussi informativi	predispensione di un documento con l'individuazione dei referenti	entro giugno	10%	10%	<input type="checkbox"/>
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento		
il referente dei flussi è stato individuato nella persona del direttore della struttura con nota prot. 56 del 11.08.			personale dirigenza	100,00%	
			personale comparto		

OBIETTIVI DI VALUTAZIONE			Valutazione		
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	dirigenza		comparto
			direttore	dirigenti	
Publicazioni scientifiche	punti di impact factor normalizzato. L'obiettivo è valutato secondo il criterio di proporzionalità con soglia minima dell'80%.	valore: 4	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Monitoraggio	Grado di Raggiungimento
8,5	personale dirigenza in linea personale comparto

Gestire le ferie del personale del comparto	Il risultato atteso è calcolato in questo modo: - per il personale con residuo ferie al 1/1/15 >6 gg: ridurre il residuo di almeno il 10% - il personale con residuo ferie al 1/1/15 ≤6 gg può al massimo mantenere al 31.12.2015 un residuo ferie ≤ 6 giorni. La valutazione è effettuata a livello complessivo. Nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), ovvero di altri fattori di criticità che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso.	proseguire nel percorso di abbattimento del residuo ferie.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	---	---	-------------------------------------	--------------------------	--------------------------

Monitoraggio	Grado di Raggiungimento
Obiettivo: 87 giornate Ferie 2015: 93 giornate	personale dirigenza personale comparto in linea

Gestire le ferie del personale della dirigenza	Il risultato atteso è calcolato in questo modo: - per il personale con residuo ferie al 1/1/15 >6 gg: ridurre il residuo di almeno il 5% - il personale con residuo ferie al 1/1/15 ≤6 gg può al massimo mantenere al 31.12.2015 un residuo ferie ≤ 6 giorni. La valutazione è effettuata a livello complessivo. Nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), ovvero di altri fattori di criticità che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso.	proseguire nel percorso di abbattimento del residuo ferie.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--	---	-------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------

Monitoraggio	Grado di Raggiungimento
Obiettivo: 127 giornate Ferie 2015: 120 giornate Grado raggiungimento: 94,5% La nuova Direzione ha ritenuto di fare una valutazione aziendale e di dare priorità ai tempi d'attesa e all'incremento dei volumi di attività. L'obiettivo viene pertanto ritenuto non valutabile per l'anno 2015. L'OIVP prende atto che il mancato raggiungimento dell'obiettivo delle ferie deriva da sopravvenute indicazioni strategiche da parte della nuova Direzione e pertanto conferma la valutazione proposta (Verbale n. 13 OIVP in data 23.06.16)	personale dirigenza non valutabile personale comparto

SINTESI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI INCENTIVATI VALUTATI		
	% raggiungimento obiettivi incentivati	% valutazione
personale dirigenza	98,50%	100%
personale comparto	100,00%	100%

Tecnostruttura Sanitaria

MONITORAGGIO ANNUALE BUDGET 2015 - SOS PSICOLOGIA

Approvato dall'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance con Verbali n. 12 del 30/5/16 e n. 13 del 23/06/16

OBIETTIVI INCENTIVATI			incentivazione/valutazione	
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	dirigenza	
			direttore	dirigenti
Definizione di nuovi percorsi di patologia (PDTA), con particolare riferimento a ca gastrico, testa/collo e sarcoma	predisposizione del documento finale di analisi del PDTA	entro il 31.12	5%	5%
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
<p>CI n nota prot. 7675tpel 06.05.2016 sono stati formalmente inviati alla direzione centrale salute il PDTA ca gastrico e il PDTA testa/collo.</p> <p>Per quanto riguarda il PDTA sarcoma si evidenzia che il percorso è stato predisposto ma è incompleto (mail dell'UGRCA del 04.05.2016)</p> <p>La Direzione ritiene di valutare l'obiettivo raggiunto al 100%</p> <p>L'OIVP prende atto che la Direzione ha ritenuto di valutare l'obiettivo come raggiunto al 100% pur verificando l'incompleta definizione del percorso (Verbale n. 12 OIVP in data 30.05.16)</p>			100,00%	
Percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA) rivisti nel corso del 2014: - colon retto - ovaio - mammella - melanoma	inserimento e partecipazione di uno psicologo al gruppo di lavoro per la revisione dei PDTA	evidenza di interventi psicologici nei PDTA	5%	5%
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
<p>Il coinvolgimento dello psicologo da parte dei gruppi di lavoro ha riguardato questi PDTA: Ovaio e Mammella per i quali è stato individuato lo schema di percorso che è stato inviato ai relativi referenti; - per il Colon-retto: il coinvolgimento era già avvenuto nel 2014 (vedi relazione in data 15.12.2014).</p>			100,00%	
Garantire i volumi di prestazioni di specialistica per interni e per esterni del 2014	numero di prestazioni complessive (esterni e interni)	2.919 Valore 2014: 2.919	40%	40%
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
3.358			100,00%	
corsi di formazione per medici DH oncologico	realizzazione di almeno un corso	entro il 31.12	5%	5%
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
il corso è stato realizzato nelle giornate del 24-25-28-29 settembre 2015, dalle ore 14.00 alle ore 18.00.			100,00%	
contrasto allo stress lavoro correlato	- Esecuzione di almeno 1 corso di formazione per il personale sanitario - Produzione di report con i risultati della rilevazione effettuata	- Attuazione proposte appropriate a ridurre lo stress lavoro correlato definite nel 2014 - Indagine sulla valutazione soggettiva dello stress lavoro correlato	20%	20%
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	
<p>- il corso dal titolo "La gestione dei conflitti in azienda: capacità personali e abilità comunicative" programmato nelle giornate del 3 e 4 dicembre non è stato svolto per motivi indipendenti dalla struttura (mancanza di iscritti).</p> <p>- l'indagine sulla valutazione soggettiva è stata svolta nelle settimane dal 26.10 al 06.11 ed è stato redatto il report con i risultati della rilevazione effettuata</p>			100,00%	

OBIETTIVI INCENTIVATI			incentivazione/valutazione	
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	dirigenza	
			direttore	dirigenti
Discussione, con periodicità almeno mensile, dei casi clinici complessi con il coinvolgimento di tutti i collaboratori non strutturati del Servizio di Psicologia	stesura del verbale delle riunioni effettuate, come da modello inviato dalla Direzione Sanitaria	almeno 8 incontri	20%	20%
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	

gli incontri si sono svolti nelle seguenti date: 03.02, 03.03, 07.04, 05.05, 08.06, 07.07, 01.09, 06.10, 03.11 e 01.12

100,00%

Pubblicazioni scientifiche	punti di impact factor normalizzato. L'obiettivo è valutato secondo il criterio di proporzionalità con soglia minima dell'80%.	valore: 13	5%	5%
Monitoraggio			Grado di Raggiungimento	

15

100,00%

OBIETTIVI DI VALUTAZIONE

OBIETTIVI DI VALUTAZIONE			incentivazione/valutazione	
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	dirigenza	
			direttore	dirigenti
Gestire le ferie del personale della dirigenza	<p>Il risultato atteso è calcolato in questo modo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - per il personale con residuo ferie al 1/1/15 >6 gg: ridurre il residuo di almeno il 5% - il personale con residuo ferie al 1/1/15 ≤6 gg può al massimo mantenere al 31.12.2015 un residuo ferie ≤ 6 giorni. <p>La valutazione è effettuata a livello complessivo. Nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), ovvero di altri fattori di criticità che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso.</p>	perseguire nel percorso di abbattimento del residuo ferie.	x	x

Monitoraggio

Grado di Raggiungimento

Obiettivo: 66 giornate
Ferie 2015: 66 giornate

in linea

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

Monitoraggio

Grado di Raggiungimento

Tutti i piani sono stati inviati regolarmente (monitoraggio della direzione sanitaria)

in linea

SINTESI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI INCENTIVATI VALUTATI

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

Tecnostruttura Scientifica



MONITORAGGIO ANNUALE BUDGET 2015 - DIREZIONE SCIENTIFICA

Approvato dall'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance con Verbalì n. 12 del 30/5/16 e n. 13 del 23/06/16

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	Incentivazione/Valutazione	
			dirigenza	comparto
Qualità	1.Programma benchcan. Contributo alle fasi del programma 2.Adesione alla nuova normativa ISO9001:2015	1.Evidenza della site visit OECI-Benchcan 2.Implementazione e popolamento pagina DBR sulle competenze	x	15%

Monitoraggio

1. Le site visit OECI Benchcan hanno avuto luogo e si sono concluse il 30 aprile.
 2. La pagina è stata creata e viene regolarmente popolata. Inoltre, in tema ISO: Erogato corso di formazione ISO per il 23 Ottobre. Aperto a tutti, ma con particolare attenzione alle esigenze di Dir Scienti, Clinical Trial ed Epidemiologia. Acquistata nuova norma

Grado di Raggiungimento

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

Comunicazione: Progetto Fundraising

1.Creazione di uno slogan e una mascotte che colpisca e si ricordi facilmente.
 Creazione di una pagina web dedicata al 5x1000 che fornisca informazioni e istruzioni utili a favorire e facilitare la scelta ai cittadini.
 Utilizzo dei nuovi mezzi di comunicazione (social network) per la promozione della campagna 5x1000 2015
 Realizzazione di brochure, locandine e promemoria da distribuire in Istituto, nel territorio e da spedire a CAF e Commercialisti.
 2.Implementazione progetto e aumento offerta/proposte mediante nuovi modelli di biglietto.

1.Campagna 5x1000 Anno 2015
 2.Implementazione Campagna "Eventi speciali": mantenere il numero di richieste e possibilmente aumentarlo

15%

Monitoraggio

1.
 - Creazione di uno slogan e una mascotte "Molly" che colpisca e si ricordi da poter utilizzare come filo conduttore anche in altre eventuali campagne di fundraising:
 - Creazione (grafica e contenuti) di una pag web dedicata al 5x1000 con informazioni e istruzioni utili a favorire e facilitare la scelta ai cittadini
 - utilizzo di nuovi mezzi di comunicazione per promuovere campagna 5x1000 (stessa grafica del sito e contenuti ridotti adatti ai social network)
 - realizzazione di brochure, locandine e promemoria da distribuire in Istituto e in tutte le campagne/eventi di fundraising utilizzando grafica e mascotte "Molly"
 - Invio materiale 5x1000 a commercialisti e CAF del triveneto
 2.
 - Implementazione progetto e creazione di nuove proposte da offrire ai donatori di "Eventi Speciali": sono stati progettati e realizzati due nuovi formati/modelli: il biglietto a "libretto" in 4 facciate e il segnalibro singolo o doppio
 - mantenimento numero di partecipanti al programma dell'anno precedente (25 in totale)
 - possibile aumento delle adesioni: ad oggi abbiamo ricevuto 50 adesioni e abbiamo soddisfatto 48 richieste.

Grado di Raggiungimento

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

Miglioramento della qualità della sperimentazione clinica

1. migliore qualità del lavoro/raccolta dati da parte delle study coordinator
2. miglioramento sulle conoscenze di base sulle sperimentazioni cliniche tra il personale sanitario del CRO
3. Migliorare la qualità dei protocolli clinici con promotore CRO
- 4a. Efficienza del Comitato Etico
- 4b. Implementazione nuovo Osservatorio delle Sperimentazioni Cliniche Controllate dell'AIFA

- 1 **Revisione della POS**
- 2 **Incontro/formazione GCP**
- 3 **Verbali riunioni Protocol Development per I protocolli che richiedono il supporto del CTO**
- 4a **Convocazione delle riunioni: >7 (7=sedute 2014)**
- 4b **Evidenza della gestione delle speriment secondo OSSC**



15%

Monitoraggio

1. è stata completata e revisionata la SOP delle infermiere " Standardizzazione operatività infermiere di ricerca". Tutte le SOP sono in revisione
2. Il 6/11 è avvenuto l'incontro sulle GCP
3. Ci sono state 3 riunioni per il protocol development di 3 studi (P.I. Miolo; P.I. Furlan; P.I. Mazzega)
- 4a. Nell'anno si sono tenute 8 sedute
- 4b. E' disponibile l'elenco scaricabile dall'Osservatorio delle Sperimentazioni e relativi emendamenti

Grado di Raggiungimento

personale dirigenza

personale comparto

100,00%

Monitoraggio

Grado di Raggiungimento

Obiettivi previsti:

1. Realizzazione di un Database di censimento dei bandi per l'ottenimento di fondi finalizzati.
2. Scrittura di un report che analizzi la fattibilità della partecipazione a bandi
3. Report sui contatti sviluppati con le Industrie.

Per migliorare e rendere più efficace la partecipazione ai bandi al fine di ottenere finanziamenti per ricerca finalizzata sono state attivate azioni di informazione/formazione mirate, che prevedessero non solo l'individuazione di bandi per il finanziamento della ricerca traslazionale, ma anche l'attivazione di contatti con imprese potenziali partner di progetto, esse stesse sempre più spesso coinvolte anche nella gestione di bandi e/o titolari di propri programmi (es: open innovation).

Particolare attenzione è stata data ad eventi formativi specifici sui bandi di concorso per finanziamenti finalizzati. Questo report contiene un sommario ed una valutazione di quanto realizzato coerentemente con gli obiettivi assegnati al Direttore Scientifico per l'anno 2015, ed è completato da alcune evidenze puntuali su singole azioni ed eventi.

1. Per evitare duplicazione e/o dispersione di informazione si è ritenuto ottimale utilizzare come data base di censimento dei bandi e degli eventi formativi e come veicolo informativo la Newsletter curata dalla Direzione Scientifica che viene considerata come database strutturato, sempre aggiornato e facilmente consultabile anche retrospettivamente in quanto sempre disponibile in Intranet. La Direzione Scientifica cura regolarmente la pubblicazione della Newsletter che riporta messe ben in evidenza tutte le opportunità di finanziamento (in media 25 al mese) e gli eventi formativi di interesse. A completamento del processo di promozione del trasferimento tecnologico, particolare attenzione è stata data anche ad eventi formativi che potessero aiutare i ricercatori in questo campo.

2. Per facilitare i ricercatori nella sottomissione di progetti a bandi per ottenere finanziamenti finalizzati, la Direzione Scientifica ha predisposto una procedura per la sottomissione di progetti di ricerca a bandi promossi da enti finanziatori esterni. All'interno di questa procedura è prevista una Check List in 10 punti che servono al responsabile della struttura coinvolta per analizzare la fattibilità della partecipazione di progetti di ricerca proposti da personale proprio a bandi, per poi eventualmente selezionare ed autorizzare i progetti con la migliore fattibilità di successo. In tale check list è prevista la valutazione delle caratteristiche del ricercatore, del progetto stesso e delle aspettative/requisiti della agenzia finanziante. Questi punti, che hanno lo scopo di fare una preventiva attenta valutazione di fattibilità e di successo del progetto, vengono poi validati dal Direttore Scientifico prima di sottoporre il progetto a concorso. Questa procedura è stata adottata a luglio 2015. Dal momento della sua adozione, è uscito un solo bando di finanziamento, a cui il CRO ha presentato due progetti alla Regione Friuli Venezia Giulia, dopo averne valutato positivamente con la procedura di cui sopra la fattibilità alla partecipazione al bando (sono a disposizione le schede relative). Data la necessità di attendere un numero sufficiente di valutazioni, l'analisi complessiva del suo impatto sul tasso di successo dei progetti richiederà almeno un anno di osservazione e verrà effettuata tramite la funzione presente nel Data Base Ricerca (rapporto tra progetti presentati e progetti accettati).

3. Vengono riportate di seguito alcune azioni attuate nel corso del 2015 e un breve report di analisi su altre iniziative e possibilità, dando anche una valutazione sulla opportunità di intraprendere o meno azioni sistematiche di scouting e divulgazione di alcune tipologie di bando:

- Sono stati presi in considerazione i bandi europei dove specifici moduli hanno riguardato le collaborazioni pubblico-privato. In particolare i bandi SME Instrument (esempio di topic specifici: Clinical research for the validation of biomarkers and/or diagnostic medical devices) e Fast Track to Innovation Pilot (ha accolto anche progetti su Scaling-up, Preclinical and Clinical Development). Si tratta di strumenti dove l'ente finanziatore UE esige in partenza un Technology Readiness Level, pur meno stringente in corrispondenza di progettualità biomediche/cliniche, ma in ogni caso presuppongono partner industriali. Grazie alla diffusione delle informazioni raccolte, il CRO, tramite due spinoff e coinvolto da una impresa farmaceutica, ha partecipato di recente a entrambi i bandi il primo (SME) vedeva tra i protagonisti la Casa Farmaceutica Glaxo Smithkline e l'altro (Fast Track) che coinvolgeva la Regulum (una Azienda greca).
- Sempre in ambito di bandi riconducibili alla Commissione Europea, vi è anche Innovative Medicines Initiative, piattaforma pubblico-privata (tramite la pharmaceutical industry association EFPIA), per accelerare lo sviluppo di migliori e più sicuri prodotti farmaceutici. Il CRO non ha esperienza diretta di partecipazioni e ha quindi chiesto chi all'interno dell'Istituto potesse eventualmente essere interessato. In seguito alla informazione fornita dalla Direzione Scientifica, un gruppo di ricercatori CRO per approfondire la conoscenza dello strumento ha deciso di assistere ai webinar tenuti da IMI in tema di specifici bandi.
- Riguardo ai futuri bandi regionali per collaborazioni industriali, vi è stata di recente una sessione di approfondimento dedicato ai POR-FESR. La Regione FVG ha definito la propria area di specializzazione "Smart Health" declinandola in traiettorie di sviluppo tecnologico fra cui III.TERAPIA INNOVATIVA (bio-farmaceutica, chimico-farmaceutica), cui dovranno aderire i progetti finanziabili, identificate proprio coinvolgendo le imprese del territorio.

Al fine di promuovere la conoscenza di questa opportunità all'interno dell'Istituto è stato organizzato dalla Direzione Scientifica un evento divulgativo al CRO, a cui hanno partecipato circa 15 ricercatori

personale dirigenza

personale comparto

100,00%

Miglioramento del funzionamento della Biblioteca Scientifica e per i pazienti	1. Accesso da remoto delle riviste e risorse della biblioteca 2. Formazione su copyr e copyleft e sulle tematiche relative all'open access 3. Formazione alla Lettura ad alta voce	1 implementazione del sistema CLAS; verifica tramite utenti dell'effettivo funzionamento 2 realizzazione corso ECM su copyr; Realizzazione corso ECM su Open Acces 3 realizzazione corso per lettori ad alta voce; realizzazione attività di lettura ad alta	100%	15%
--	--	---	------	-----

Monitoraggio	Grado di Raggiungimento
<p>1. E' stato implementato il sistema CLAS (Cineca Library Access Solutions) per l'accesso da remoto delle risorse online della biblioteca.</p> <p>2. I 2 corsi sono stati realizzati:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 23.9.2015: LA GESTIONE DEI DIRITTI DI PROPRIETÀ INTELLETTUALE NELL'ERA DELL'ACCESSO APERTO. partecipanti: 50 - 1.10.2015: LA VALUTAZIONE DELLA RICERCA AL TEMPO DEGLI ALTMETRICS Partecipanti: 32 <p>Elevato gradimento.</p> <p>3. Realizzato in primavera 2015 (14/4/2015-26/5/2015) il corso di formazione per Lettori ad Alta Voce. Formalizzata la posizione dei Lettori volontari di "vecchia" e nuova formazione. Attività di Letture ad Alta Voce migliorate (1 alla settimana invece che 2 al mese, più partecipanti).</p>	<p>personale dirigenza 100,00%</p> <p>personale comparto 100,00%</p>

Qualità/comunicazione con i ricercatori	Implementazione della normativa sulla fatturazione elettronica	Adozione istruzione operativa rivolta ai ricercatori su nuove modalità per la fatturazione elettronica	<input type="checkbox"/>	15%
--	--	---	--------------------------	-----

Monitoraggio	Grado di Raggiungimento
<p>E' stata adottata una Istruzione Operativa (IO-DSC-009-D) Istruzioni operative per la fatturazione elettronica</p>	<p>personale dirigenza</p> <p>personale comparto 100,00%</p>

Mantenimento dell'attività del registro tumori	supporto amministrativo allo sviluppo e conduzione registro tumori	Analisi della sopravvivenza per le cinque sedi neoplastiche più frequenti registrate dal registro tumori del Friuli Venezia Giulia (vedi scheda di budget della SOC di epidemiologia)	<input type="checkbox"/>	10%
---	--	--	--------------------------	-----

Monitoraggio	Grado di Raggiungimento
<p>il supporto amministrativo è documentabile con i vari cococo e poi editing del report su survival</p>	<p>personale dirigenza</p> <p>personale comparto 100,00%</p>

Gestire le ferie del personale del comparto	<p>Il risultato atteso è calcolato in questo modo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - per il personale con residuo ferie al 1/1/15 >6 gg: ridurre il residuo di almeno il 10% - il personale con residuo ferie al 1/1/15 ≤6 gg può al massimo mantenere al 31.12.2015 un residuo ferie ≤ 6 giorni. <p>La valutazione è effettuata a livello complessivo. Nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), ovvero di altri fattori di criticità che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso.</p>	proseguire nel percorso di abbattimento del residuo ferie.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--	---	-------------------------------------	--------------------------

Monitoraggio	Grado di Raggiungimento
<p>Obiettivo: 545 giornate</p> <p>Ferie 2015: 572 giornate</p>	<p>personale dirigenza</p> <p>personale comparto in linea</p>

Gestire le ferie del personale della dirigenza

Il risultato atteso è calcolato in questo modo:

- per il personale con residuo ferie al 1/1/15 >6 gg: ridurre il residuo di almeno il 10%

- il personale con residuo ferie al 1/1/15 ≤6 gg può al massimo mantenere al 31.12.2015 un residuo ferie ≤ 6 giorni.

La valutazione è effettuata a livello complessivo.

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

proseguire nel percorso di abbattimento del residuo ferie.

x

Monitoraggio

Obiettivo: 34 giornate
Ferie 2015: 36 giornate

Grado di Raggiungimento

personale dirigenza
personale comparto

in linea

SINTESI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI INCENTIVATI

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

Tecnostruttura Scientifica

MONITORAGGIO ANNUALE BUDGET 2015 - SOC EPIDEMIOLOGIA E BIostatISTICA

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

La valutazione della precondizione è positiva (vedi delibera n. 108 del 03.05.2016 di approvazione del bilancio d'esercizio 2015)

Approvato dall'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance con Verbali n. 12 del 30/5/16 e n. 13 del 23/06/16

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2015	Incentivazione/Valutazione	
			dirigenza	
			direttore	dirigenti
Publicazioni scientifiche	punti di impact factor normalizzato. L'obiettivo è valutato secondo il criterio di proporzionalità con soglia minima dell'80%.	valore : 115	80%	80%

Monitoraggio

Grado di Raggiungimento

241,8

100,00%

Variabili attività scientifica (Allegato 1)	punti attività scientifica della struttura operativa. I punteggi realizzati vengono valutati come segue: un punteggio > = 4 punti = 100% un punteggio < 1 punti = 0 il restante = 80%	punteggio ≥ 4	20%	20%
---	--	---------------	-----	-----

Monitoraggio

Grado di Raggiungimento

22,4 punti

100,00%

Partecipazione ad attività formative in tema di prevenzione della corruzione	partecipazione ad almeno 1 evento formativo aziendale/regionale in materia di prevenzione della corruzione da parte dei responsabili di struttura complessa e semplice dipartimentale	partecipazione ad almeno un evento	x	
--	---	------------------------------------	---	--

Monitoraggio

Grado di Raggiungimento

Il responsabile della struttura ha partecipato alla formazione svolta nelle giornate del 17 e 18 Dicembre

in linea

Mantenimento dell'attività del registro tumori: Analisi della sopravvivenza per le cinque sedi neoplastiche più frequenti registrate dal registro tumori del Friuli Venezia Giulia

Scrittura di un report che illustri i risultati raggiunti

Stima della sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi per sesso, gruppi di età, periodo di diagnosi e provincia di residenza in FVG

x

x

Monitoraggio

Grado di Raggiungimento

E' stata completata l'analisi statistica della sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi per i seguenti 5 tumori più frequenti diagnosticati in FVG tra il 1999 e il 2010: colon-retto, polmone, mammella femminile, prostata, stomaco. L'analisi ha messo in luce che, per tutte le 5 sedi, la sopravvivenza nelle persone diagnosticate dopo il 2004 era migliore di quella registrata nelle persone diagnosticate prima del 2000. In particolare, per quanto riguarda il colon-retto la sopravvivenza è passata dal 55% al 67%; per il polmone, dall'11% al 12%; per la mammella dall'82% al 91%; per la prostata dall'85% al 99%; per lo stomaco dal 30 al 31%.
(mail direttore struttura del 26.10.2015)

100,00%

Gestire le ferie del personale della dirigenza

Il risultato atteso è calcolato in questo modo:
- per il personale con residuo ferie al 1/1/15 >6 gg: ridurre il residuo di almeno il 5%
- il personale con residuo ferie al 1/1/15 ≤6 gg può al massimo mantenere al 31.12.2015 un residuo ferie ≤ 6 giorni.
La valutazione è effettuata a livello complessivo.
Nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), ovvero di altri fattori di criticità che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso.

proseguire nel percorso di abbattimento del residuo ferie.

x

x

Monitoraggio

Grado di Raggiungimento

Obiettivo: 132 giornate
Ferie 2015: 142 giornate

in linea

SINTESI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI INCENTIVATI VALUTATI

% raggiungimento obiettivi incentivati

% valutazione

personale dirigenza

100,00%

100%

Elenco firmatari

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

Questo documento è stato firmato da:

NOME: CRISTINA ANDRETTA
CODICE FISCALE: NDRCST65R67G888L
DATA FIRMA: 06/07/2016 12:01:22
IMPRONTA: 3CA542D70878FE527FEA554930B49E27BC4DF8E523F7F88166369A7EAC845039
BC4DF8E523F7F88166369A7EAC84503986F411E5039871409C600AF3293DC73C
86F411E5039871409C600AF3293DC73CD65C79921794FBE40425811577B68DCD
D65C79921794FBE40425811577B68DCD80C887F49891E500B2A2FA3B0C4FF98F

NOME: RAFFAELLA CATTARUZZA
CODICE FISCALE: CTTRFL70L64A5160
DATA FIRMA: 06/07/2016 17:05:18
IMPRONTA: 9195D9315E327A6D64A8508FAFED646BCCD75E12FD940F1015BE352F0AF1FDDA
CCD75E12FD940F1015BE352F0AF1FDDA393C577818B0365781491D6CB5491ADD
393C577818B0365781491D6CB5491ADDA1D9E0EAB984EDDE98EC042A661F1CFF
A1D9E0EAB984EDDE98EC042A661F1CFF6E9DC6AA09ED83CECD8404C490A3136E

NOME: PAOLO DE PAOLI
CODICE FISCALE: DPLPLA55S18L483A
DATA FIRMA: 08/07/2016 16:14:07
IMPRONTA: E5DBC9B5B0D0D975E03F6D0C18B3D7B71BF9D833138AFBCA83D210817CFC1027
1BF9D833138AFBCA83D210817CFC1027B13439D2F37658E5332641EBF1B418CA
B13439D2F37658E5332641EBF1B418CA342C5A56B001BFF5B2DCC809BC7B8054
342C5A56B001BFF5B2DCC809BC7B8054272E79024816DDAF0048B1526E7EF2B4

NOME: RENZO ALESSI
CODICE FISCALE: LSSRNZ55C20G2240
DATA FIRMA: 08/07/2016 16:49:06
IMPRONTA: 3FB1688A460C913BB40C48C213DC4A2867B24D50B7664AECD50BFAD071D41002
67B24D50B7664AECD50BFAD071D41002A4BE57FE30BAC81AF3724D1AF34388B1
A4BE57FE30BAC81AF3724D1AF34388B19E3E7C7B086600C3F2DE2003E932BC11
9E3E7C7B086600C3F2DE2003E932BC110F2732B4C5607895CC49D447EF055C42

NOME: VALENTINA SOLFRINI
CODICE FISCALE: SLFVNT64A53F257E
DATA FIRMA: 08/07/2016 16:54:01
IMPRONTA: 221D78E7D061C8D50B277140806472AEAB79B3082CED0F316609BACC8ECA91FF
AB79B3082CED0F316609BACC8ECA91FFA6C16201FEDBDD1E1F7C19BD04C1A07D
A6C16201FEDBDD1E1F7C19BD04C1A07DA7A72188D9BDA888534410D8FB23DEFF
A7A72188D9BDA888534410D8FB23DEFF6032C99448DA85DA3D90B519A8AB5648

NOME: MARIO TUBERTINI
CODICE FISCALE: TBRMRA55P23C265V
DATA FIRMA: 08/07/2016 16:58:32
IMPRONTA: 82E0871C67FBE4FFE41F35093C230D6413027D78BCD4921BC1CB115D46B4A4A1
13027D78BCD4921BC1CB115D46B4A4A189CCDDE40A3EA1D4DB3DF072B4EE1410
89CCDDE40A3EA1D4DB3DF072B4EE141001A30E0E472F1C7765722AD1045B194F
01A30E0E472F1C7765722AD1045B194F7D32AF89592327546CC37E9655F6F6CB

IRCCS CENTRO DI RIFERIMENTO ONCOLOGICO DI AVIANO

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE NELL'ALBO ON-LINE

Copia della presente deliberazione viene pubblicata nell'Albo on-line del C.R.O. per 15 giorni consecutivi dal 11/07/2016, ai sensi dell'art. 32, comma 1, della Legge 18.06.2009, n. 69.

CERTIFICATO DI ESECUTIVITÀ

La presente deliberazione è divenuta esecutiva il 11/07/2016, ai sensi del combinato disposto degli artt. 46 e 50 della L.R. 19.12.1996 n. 49.

Inviato per quanto di competenza a:

- UFFICIO BILANCIO
- UFFICIO AFFARI GENERALI E LEGALI
- UFFICIO CONTROLLO DI GESTIONE
- UFFICIO INVESTIMENTI
- UFFICIO PROVVEDITORATO-ECONOMATO
- UFFICIO TECNICO
- CAF CENTRO ATTIVITA' FORMATIVE
- GESTIONE DELLE RISORSE UMANE
- DIREZIONE SCIENTIFICA
- DIREZIONE SANITARIA

- UFF PRESTAZIONI
- URP
- DIR DIP

Aviano, li 11/07/2016

L'INCARICATO
Mara Marcuola

Elenco firmatari

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

Questo documento è stato firmato da:

NOME: MARA MARCUOLA

CODICE FISCALE: MRCMRA67A41A516M

DATA FIRMA: 11/07/2016 15:55:39

IMPRONTA: 2AF5258E7CF544681BCC3B73BC02C141FB09E5D4C840C93CF5445BC7C12E860F
FB09E5D4C840C93CF5445BC7C12E860FF748FDE6700C64C17CAB4A55CA9F976D
F748FDE6700C64C17CAB4A55CA9F976D4D829EEE2E4733F4F8139958F2A2BE1C
4D829EEE2E4733F4F8139958F2A2BE1C6FBA7B095AD648438D25281F1DA470DF