



# Valutazione annuale schede di budget 2018

Allegato 1

## MONITORAGGIO ANNUALE BUDGET 2018

### Dipartimento di Oncologia Clinica

#### pagg. 01-45

Dirigenza      Comparto

SOC Oncologia Medica e dei Tumori Immunocorrelati	x		pagg. 01-04
SOC Oncologia Medica e Prevenzione Oncologica	x		pagg. 05-08
SOC Oncologia CRO di Area Vasta Pordenonese	x		pagg. 09-12
SOC Chirurgia Oncologica del Seno	x		pagg. 13-17
SOC Chirurgia Oncologica Ginecologica	x		pagg. 18-21
SOC Gastroenterologia Oncologica Sperimentale	x		pagg. 22-26
SOC Anestesia e Rianimazione	x		pagg. 27-29
SOSD Oncoematologia Trapianti Emopoietici e Terapie Cellulari	x		pagg. 30-33
SOC Chirurgia Oncologica Generale	x		pagg. 34-37
SOSD Psicologia Oncologica	x		pagg. 38-40
SOSD Medicina del dolore clinica e sperimentale	x		pagg. 41-43
Personale del Comparto dipartimento		x	pagg. 44-45

### Dipartimento della Ricerca e della Diagnostica avanzata dei Tumori

#### pagg. 46-74

Dirigenza      Comparto

SOC Oncogenetica e Oncogenomica funzionale	x		pagg. 46-48
SOC Oncol. Molecolare e Modelli Preclin. di Progress. Tumorale	x		pagg. 49-52
SOC Farmacologia Sperimentale e Clinica	x		pagg. 53-56

SOC Immunopatologia e Biomarcatori Oncologici	x		pagg. 57-60
SOC Oncoematologia Clinico Sperimentale	x		pagg. 61-63
SOSD Anatomia Patologica ad indirizzo oncologico	x		pagg. 64-68
SOSD Trattamento di cellule staminali per le terapie cellulari	x		pagg. 69-72
Personale del Comparto dipartimento		x	pagg. 73-74

### Dipartimento delle Alte Tecnologie

#### pagg. 75-92

	Dirigenza	Comparto	
SOC Radiologia	x	x	pagg. 75-79
SOC Medicina Nucleare	x	x	pagg. 80-83
SOC Fisica Sanitaria	x	x	pagg. 84-85
SOC Oncologia Radioterapica	x	x	pagg. 86-89
SOSD Area di Oncologia Integrata Adolescenti e Giovani Adulti	x		pagg. 90-92

### Direzione Scientifica

#### pagg. 93-102

	Dirigenza	Comparto	
Direzione Scientifica (Uffici di staff)	x	x	pagg. 93-101
SOC Epidemiologia e Biostatistica	x	x	pag. 102

### Direzione Amministrativa

#### pagg. 103-108

	Dirigenza	Comparto	
SOC Approvvigionamenti, Economato e Logistica	x	x	pag. 103

SOC Gestione delle Tecnologie Cliniche, Tecnico-Strutturali e Informatiche	x	x	pagg. 104-105
SOC Gestione Risorse Economico-Finanziarie	x	x	pag. 106
SOC Legali, Affari Generali e gestione Risorse Umane	x	x	pagg. 107-108

#### **Direzione Generale**

**pagg. 109-112**

	Dirigenza	Comparto	
Direzione Generale (segreteria, SPPA, URP)		x	pagg. 109-111
SOSD Controllo di Gestione	x	x	pag. 112

#### **Direzione Sanitaria**

**pagg. 113-118**

	Dirigenza	Comparto	
SOSD Direzione delle professioni sanitarie	x	x	pagg. 113-114
SOSD Direzione Medica di Presidio	x	x	pagg. 115-116
SOSD Farmacia	x	x	pagg. 117-118

Valutato dall'Organismo Indipendente di Valutazione (Verbali n. 10 del 16/04/2019, n. 11 del 27/06/2019 e n. 12 del 24/07/2019)

### Volumi di attività

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE	Monitoraggio
Mantenimento volumi e produttività storica 2017	Valore di produzione per medico	≥ 525.000	<p>Vengono riconosciuti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- franchigia: 1% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%</li> <li>- limite inferiore: € 510.000. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto.</li> <li>- limite superiore: € 519.000.</li> </ul> <p>Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo.</p> <p>Nella valutazione verrà riconosciuta la differenza tariffaria dell'attività di chemioterapia, calcolata sull'incremento del n. di chemio ambulatoriali 2018 rispetto al 2017.</p>	30%	<p>€ 510.401 Tenuto conto che nel 2018 è stata garantita l'integrazione tra le tre oncologie prevedendo lo svolgimento da parte dei professionisti dell'attività, in maniera alternata nelle sedi di Aviano e Pordenone, si ritiene opportuno, in coerenza anche con le indicazioni OIV del 05.10.2018 e 27.06.2019, valutare l'obiettivo dei volumi congiuntamente tra le 3 strutture (2018: € 13.698.186; limite superiore target € 13.691.506).</p>
					100,00%

### Attrattività e autosufficienza

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE	Monitoraggio
Mantenimento della quota di attrazione extraregionale 2016	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. % dimessi ordinari da fuori Regione</li> <li>2. definizione di un progetto per garantire/mantenere un buon livello di attrazione extra-regionale dell'attività di ricovero</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ≥ 55%</li> <li>2. invio progetto alla direzione sanitaria entro il 30.11</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Viene riconosciuta una franchigia del 3% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%. Al di sotto della franchigia l'obiettivo non è raggiunto</li> <li>2. Viene riconosciuta una franchigia di 30 giorni. L'obiettivo viene considerato raggiunto se è rispettato almeno uno dei due target</li> </ol>	5%	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 52,05%;</li> <li>2. il piano è stato inviato con nota prot. 49 del 18.12.2018</li> </ol>
					100,00%

## Efficienza operativa, appropriatezza e accessibilità

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE	Monitoraggio
Rispetto degli standard sui Tempi max di attesa per la visita oncologica	Indice di performance priorità B	1. target regionale: ≥ 95% priorità B 2. incremento del 5% del numero di prime visite oncologiche (anno 2017): 800	Il target vengono valutati come segue: 1° target: ≥ 95% = 100% < 95% = 0% 2° target: numero prime visite oncologiche ≥ anno 2017 + 5% = 100% numero prime visite oncologiche < anno 2017 + 5% = 0%. L'obiettivo viene considerato raggiunto solo se viene rispettato almeno un target.	10%	1. % tempi di attesa: 81,25% 2. numero VISITE ONCOLOGICHE: 860
					100,00%
Rispetto degli standard sui Tempi max di attesa per i ricoveri	Indice di performance priorità A	Target regionale: ≥ 95% priorità A	Il risultato viene valutazione come segue: ≥ 95% = 100% < 95% = 0%	5%	95,67%
					100,00%
Implementazione delle cartelle oncologiche informatizzate	% di cartelle implementate relativamente ad almeno questi campi: protocollo/farmaco, diagnosi/sede, stadiazione.	≥ almeno il 95% dei pazienti	Viene riconosciuta una franchigia del 3% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%. Al di sotto della franchigia l'obiettivo non è raggiunto	15%	98,20%
					100,00%
Chemioterapie in fine vita per residenti (< 15gg prima del decesso)	% di chemioterapie fine vita	≤ 4%	Viene riconosciuta una franchigia del 3% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%. Al di sopra della franchigia l'obiettivo non è raggiunto	5%	2,71%
					100,00%

## consumi prodotti sanitari

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE	Monitoraggio
Contenimento del consumo dei prodotti farmaceutici (ospedalieri e diretta)	1. Valore assegnato 2. Rispetto dell'equilibrio di bilancio aziendale anno 2018	1. ≤ € 8.156.000 2. rispetto della realizzazione dell'indicatore	1. Viene riconosciuta una franchigia del 2% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%. Al di sopra della franchigia l'obiettivo non è raggiunto 2. Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% L'obiettivo viene raggiunto al 100% se viene rispettato almeno uno dei due target	5%	1° indicatore (consumo farmaci): € 9.888.510; 2° indicatore (risultato di esercizio): € 1.390.683 - bilancio di esercizio 2018 - del. 178/2019
					100,00%

## Linee progettuali regionali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE	Monitoraggio
Linea progettuale regionale 3.7.6 Individuazione del medico responsabile della gestione del paziente	% di pazienti con ricovero ordinario di durata > 4 giorni che ricevono l'informazione del medico responsabile	≥ 90% dei pazienti con un ricovero di durata > 4 giorni	Valutazione da parte della direzione sanitaria	5%	I dati sono stati trasmessi mensilmente alla direzione sanitaria che li ha successivamente inviati all'ARCS.
					100,00%

## Ricerca

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE	Monitoraggio
Mantenimento livello di produzione scientifica	1. punti di impact factor normalizzato frazionato (≥ media quinquennale 2013-2017) 2. impact factor normalizzato totale aziendale	1. ≥ 134,464 2. ≥ IF normalizzato aziendale anno 2017	Vengono riconosciuti: - franchigia: 7% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: 67,23. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: 125,05. Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo. 2. Il risultato viene valutato come segue: valore I.F. normalizzato aziendale ≥ valore 2017 = 100% valore I.F. normalizzato aziendale < valore 2017 = 0% L'obiettivo viene raggiunto al 100% se viene rispettato almeno uno dei due target	15%	1. indicatore: 164,81; 2. indicatore: valore anno 2018: 1.183,80; valore anno 2017: 1.067,10
					100,00%
miglioramento della produzione scientifica	partecipazione da parte del personale della struttura ad almeno un incontro di formazione, organizzato dalla biblioteca, su indicatori di produttività scientifica	garantire la partecipazione di almeno il 50% del personale dirigente strutturato e 50% del personale di ricerca non strutturato	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	1. 92% dei dirigenti strutturati ha partecipato ad almeno un incontro 2. 67% del personale di ricerca non strutturato ha partecipato ad almeno un incontro.
					100,00%

## Sintesi valutazione SOC Oncologia Medica e dei Tumori Immunocorrelati

ANNO 2018

Scala di verifica e valutazione della performance raccordata con scala di riconoscimento indennità di risultato/produttività collettiva	
grado di conseguimento	percentuale di accesso alla quota annua di retribuzione risultato/produttività collettiva
≥ 95%	100%
60%-94%	in proporzione rispetto al 95%
< 60%	0%

Le percentuali vengono calcolate arrotondate per eccesso o per difetto al numero intero.

% incentivazione

100%

% misurazione obiettivi incentivati

100,00%

% pesi obiettivi monitorati

100%

Valutato dall'Organismo Indipendente di Valutazione (Verbali n. 10 del 16/04/2019, n. 11 del 27/06/2019 e n. 12 del 24/07/2019)

### Volumi di attività

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE	Monitoraggio
Mantenimento volumi e produttività storica	Valore di produzione per medico	≥ € 450.000 nel periodo maggio-dicembre	<p>Vengono riconosciuti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- franchigia: 1% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%</li> <li>- limite inferiore: € 436.500.</li> </ul> <p>Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- limite superiore: € 445.500</li> </ul> <p>Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo.</p> <p>Nel calcolo, il direttore della SOC viene considerato al 50% in quanto dirigente medico universitario. Inoltre nella valutazione verrà riconosciuta la differenza tariffaria dell'attività di chemioterapia, calcolata sull'incremento del n. di chemio ambulatoriali mag-dic 2018 rispetto allo stesso periodo del 2017.</p> <p>Infine, considerate le modifiche organizzative della struttura e la necessità di garantire l'integrazione con l'oncologia di Pordenone, il target/obiettivo potrà essere rivisto in sede di 2° revisione.</p>	30%	<p>€ 434.189 Tenuto conto che nel 2018 è stata garantita l'integrazione tra le tre oncologie prevedendo lo svolgimento da parte dei professionisti dell'attività, in maniera alternata nelle sedi di Aviano e Pordenone, si ritiene opportuno, in coerenza anche con le indicazioni OIV del 05.10.2018 e 27.06.2019, valutare l'obiettivo dei volumi congiuntamente tra le 3 strutture (2018: € 13.698.186; limite superiore target € 13.691.506).</p>
					100,00%

### Attrattività e autosufficienza

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE	Monitoraggio
Mantenimento della quota di attrazione extraregionale	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. % dimessi ordinari da fuori Regione</li> <li>2. definizione di un progetto per garantire/mantenere un buon livello di attrazione extra-regionale dell'attività di ricovero</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ≥ 45%</li> <li>2. invio progetto alla direzione sanitaria entro il 30.11</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Viene riconosciuta una franchigia del 3% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%. Al di sotto della franchigia l'obiettivo non è raggiunto</li> <li>2. Viene riconosciuta una franchigia di 30 giorni. L'obiettivo viene considerato raggiunto se è rispettato almeno uno dei due target</li> </ol>	5%	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 48,50% ;</li> <li>2. il piano non è stato inviato</li> </ol>
					100,00%

## Efficienza operativa, appropriatezza e accessibilità

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE	Monitoraggio
Rispetto degli standard sui Tempi max di attesa per la visita oncologica	Indice di performance priorità B	1. target regionale: $\geq 95\%$ priorità B 2. incremento del 5% del numero di prime visite oncologiche (anno 2017: 3.470)	Il target vengono valutati come segue: 1° target: $\geq 95\% = 100\%$ $< 95\% = 0\%$ 2° target: numero prime visite oncologiche $\geq$ anno 2017 + 5% = 100% numero prime visite oncologiche $<$ anno 2017 + 5% = 0%. L'obiettivo viene considerato raggiunto solo se viene rispettato almeno un target.	10%	1. % tempi di attesa: 98,77% 2. numero VISITE ONCOLOGICHE: 2.895
					100,00%
Rispetto degli standard sui Tempi max di attesa per i ricoveri	Indice di performance priorità A	Target regionale: $\geq 95\%$ priorità A	Il risultato viene valutazione come segue: $\geq 95\% = 100\%$ $< 95\% = 0\%$	5%	98,76%
					100,00%
Implementazione delle cartelle oncologiche informatizzate	% di cartelle implementate relativamente ad almeno questi campi: protocollo/farmaco, diagnosi/sede, stadiazione.	$\geq$ almeno il 95% dei pazienti	Viene riconosciuta una franchigia del 3% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%. Al di sotto della franchigia l'obiettivo non è raggiunto	15%	96,90%
					100,00%
Chemioterapie in fine vita per residenti (< 15gg prima del decesso)	% di chemioterapie fine vita	$\leq 4\%$	Viene riconosciuta una franchigia del 3% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%. Al di sopra della franchigia l'obiettivo non è raggiunto	5%	2,71%
					100,00%

## Consumi prodotti sanitari

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE	Monitoraggio
Contenimento del consumo dei prodotti farmaceutici (ospedalieri e diretta)	1. Valore assegnato 2. Rispetto dell'equilibrio di bilancio aziendale anno 2018	1. $\leq \text{€ } 12.443.000$ 2. rispetto della realizzazione dell'indicatore	1. Viene riconosciuta una franchigia del 2% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%. Al di sopra della franchigia l'obiettivo non è raggiunto 2. Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% L'obiettivo viene raggiunto al 100% se viene rispettato almeno uno dei due target	5%	1° indicatore (consumo farmaci): € 11.955.268 - ; 2° indicatore (risultato di esercizio): € 1.390.683 - bilancio di esercizio 2018 - del. 178/2019
					100,00%

## Linee progettuali regionali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE	Monitoraggio
Linee progettuali regionali 3.7.6 Individuazione del medico responsabile della gestione del paziente	% di pazienti con ricovero ordinario di durata > 4 giorni che ricevono l'informazione del medico responsabile	≥ 90% dei pazienti con un ricovero di durata > 4 giorni	Valutazione da parte della direzione sanitaria	5%	I dati sono stati trasmessi mensilmente alla direzione sanitaria che li ha successivamente inviati all'ARCS.
					100,00%

## Ricerca

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE	Monitoraggio
Mantenimento livello di produzione scientifica	1. punti di impact factor normalizzato frazionato (≥ media quinquennale 2013-2017) 2. impact factor normalizzato totale aziendale	1 ≥ 71,412 2. ≥ IF normalizzato aziendale anno 2017	Vengono riconosciuti: - franchigia: 7% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: 35,71. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: 66,41. Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo. 2. Il risultato viene valutato come segue: valore I.F. normalizzato aziendale ≥ valore 2017 = 100% valore I.F. normalizzato aziendale < valore 2017 = 0% L'obiettivo viene raggiunto al 100% se viene rispettato almeno uno dei due target	10%	1. indicatore: 177,49; 2. indicatore: valore anno 2018: 1.183,80; valore anno 2017: 1.067,10
					100,00%

Miglioramento della produzione scientifica	partecipazione da parte del personale della struttura ad almeno un incontro di formazione, organizzato dalla biblioteca, su indicatori di produttività scientifica	Garantire la partecipazione di almeno il 50% del personale dirigente strutturato e 50% del personale di ricerca non strutturato	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	1. 100% dei dirigenti strutturati ha partecipato ad almeno un incontro 2. 100% del personale di ricerca non strutturato ha partecipato ad almeno un incontro.
					100,00%

Progetti di fase I	arruolamento o screening di pazienti	Almeno 1 entro il 31.12.2018	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	n. 1 paziente arruolato in Fase 1 dal 08/11/2018 al 23/11/18 (n. SDO 5203/18, onere della degenza: altro)
					100,00%

## Sintesi valutazione SOC Oncologia Medica e Prevenzione Oncologica

ANNO 2018

Scala di verifica e valutazione della performance raccordata con scala di riconoscimento indennità di risultato/produttività collettiva	
grado di conseguimento	percentuale di accesso alla quota annua di retribuzione risultato/produttività collettiva
≥ 95%	100%
60%-94%	in proporzione rispetto al 95%
< 60%	0%

Le percentuali vengono calcolate arrotondate per eccesso o per difetto al numero intero.

% incentivazione

100%

% misurazione obiettivi incentivati

100,00%

% pesi obiettivi monitorati

100%

Valutato dall'Organismo Indipendente di Valutazione (Verbali n. 10 del 16/04/2019, n. 11 del 27/06/2019 e n. 12 del 24/07/2019)

Volumi di attività

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE	Monitoraggio
Mantenimento volumi e produttività storica	Valore di produzione per medico	≥ € 423.000	<p>Vengono riconosciuti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- franchigia: 1% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%</li> <li>- limite inferiore: € 410.493 Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto.</li> <li>- limite superiore: 418.957.</li> </ul> <p>Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo.</p> <p>Considerata la necessità di garantire l'integrazione con l'Oncologia Medica e Prevenzione oncologica e con l'Oncologia medica e dei tumori correlati, il target/obiettivo potrà essere rivisto in sede di 2° revisione.</p>	35%	<p>€ 422.901 Tenuto conto che nel 2018 è stata garantita l'integrazione tra le tre oncologie prevedendo lo svolgimento da parte dei professionisti dell'attività, in maniera alternata nelle sedi di Aviano e Pordenone, si ritiene opportuno, in coerenza anche con le indicazioni OIV del 05.10.2018 e 27.06.2019, valutare l'obiettivo dei volumi congiuntamente tra le 3 strutture (2018: € 13.698.186; limite superiore target € 13.691.506).</p>
					100,00%

## Efficienza operativa, appropriatezza e accessibilità

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE	Monitoraggio
Rispetto degli standard sui Tempi max di attesa per la visita oncologica	Indice di performance priorità B	1. target regionale: ≥ 95% priorità B 2. mantenimento del numero di prime visite oncologiche (anno 2017: 1.236)	I target vengono valutati come segue: 1° target: ≥ 95% = 100 < 95% = 0% 2° target: numero prime visite oncologiche ≥ anno 2017 = 100% numero prime visite oncologiche < anno 2017 = 0%. L'obiettivo viene considerato raggiunto solo se viene rispettato almeno un target.	15%	1. % tempi di attesa: 93,24% 2. numero VISITE ONCOLOGICHE: 1.377
					100,00%
Implementazione delle cartelle oncologiche informatizzate	% di cartelle implementate relativamente ad almeno questi campi: protocollo/farmaco, diagnosi/sede, stadiazione.	≥ almeno il 95% dei pazienti	Viene riconosciuta una franchigia del 3% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%. Al di sotto della franchigia l'obiettivo non è raggiunto	20%	98,01%
					100,00%
Chemioterapie in fine vita per residenti (< 15gg prima del decesso)	% di chemioterapie fine vita	≤ 4%	Viene riconosciuta una franchigia del 3% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%. Al di sopra della franchigia l'obiettivo non è raggiunto	5%	2,71%
					100,00%

## consumi prodotti sanitari

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE	Monitoraggio
Contenimento del consumo dei prodotti farmaceutici (ospedalieri e diretta)	1. Valore assegnato 2. Rispetto dell'equilibrio di bilancio aziendale anno 2018	1. ≤ € 5.663.000 2. rispetto della realizzazione dell'indicatore	1. Viene riconosciuta una franchigia del 2% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%. Al di sopra della franchigia l'obiettivo non è raggiunto 2. Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% L'obiettivo viene raggiunto al 100% se viene rispettato almeno uno dei due target	5%	1° indicatore (consumo farmaci): € 6.949.734; 2° indicatore (risultato di esercizio): € 1.390.683 - bilancio di esercizio 2018 - del. 178/2019
					100,00%

# Ricerca

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE	Monitoraggio
Mantenimento livello di produzione scientifica	1. punti di impact factor normalizzato frazionato (≥ media quinquennale 2013-2017) 2. impact factor normalizzato totale aziendale	1 ≥ 6,055 2. ≥ IF normalizzato aziendale anno 2017	Vengono riconosciuti: - franchigia: 7% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: 3,03. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: 5,63. Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo 2. Il risultato viene valutato come segue: valore I.F. normalizzato aziendale ≥ valore 2017 = 100% valore I.F. normalizzato aziendale < valore 2017 = 0% L'obiettivo viene raggiunto al 100% se viene rispettato almeno uno dei due target	10%	1. indicatore: 5,19; 2. indicatore: valore anno 2018: 1.183,80; valore anno 2017: 1.067,10
Miglioramento della produzione scientifica	partecipazione da parte del personale della struttura ad almeno un incontro di formazione, organizzato dalla biblioteca, su indicatori di produttività scientifica	Garantire la partecipazione di almeno il 50% del personale dirigente strutturato e 50% del personale di ricerca non strutturato	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	1. 80% dei dirigenti strutturati ha partecipato ad almeno un incontro 2. la struttura non ha personale non strutturato.
Progetti di fase I	arruolamento o screening di pazienti	Almeno 1 entro il 31.12.2018	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	n. 1 paziente arruolato in Fase 1 dal 08/11/2018 al 23/11/18 (n. SDO 5203/18, onere della degenza: altro)

100,00%

100,00%

100,00%

## Sintesi valutazione SOC Oncologia CRO di Area Pordenonese

ANNO 2018

Scala di verifica e valutazione della performance raccordata con scala di riconoscimento indennità di risultato/produttività collettiva	
grado di conseguimento	percentuale di accesso alla quota annua di retribuzione risultato/produttività collettiva
≥ 95%	100%
60%-94%	in proporzione rispetto al 95%
< 60%	0%

Le percentuali vengono calcolate arrotondate per eccesso o per difetto al numero intero.

% incentivazione

100%

% misurazione obiettivi incentivati

100,00%

% pesi obiettivi monitorati

100%

Valutato dall'Organismo Indipendente di Valutazione (Verbali n. 10 del 16/04/2019, n. 11 del 27/06/2019 e n. 12 del 24/07/2019)

### Volumi di attività

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE	Monitoraggio
Mantenimento volumi e produttività storica	Valore di produzione per medico	≥ € 800.000	<p>Vengono riconosciuti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- franchigia: 1% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%</li> <li>- limite inferiore: € 776.000. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto.</li> <li>- limite superiore: € 792.000.</li> </ul> <p>Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo.</p> <p>L'obiettivo viene valutato considerando n. 4 unità di dirigente medico.</p>	25%	€ 773.593
					0,00%

### Attrattività e autosufficienza

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE	Monitoraggio
Miglioramento dell'attrattività extraregionale dell'attività in regime di ricovero ordinario	% dimessi ordinari da fuori Regione	≥ 50%	Viene riconosciuta una franchigia del 3% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%. Al di sotto della franchigia l'obiettivo non è raggiunto	5%	50,78%
					100,00%

## Efficienza operativa, appropriatezza e accessibilità

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE	Monitoraggio
Rispetto degli standard sui Tempi max di attesa per intervento neoplasia mammella	Indice di performance priorità A	Target regionale: $\geq 95\%$ priorità A	Il risultato viene valutato come segue: $\geq 95\% = 100\%$ $< 95\% = 0\%$	10%	94,50% che viene arrotondato a 95%
					100,00%
Rispetto degli standard sui Tempi max di attesa per la visita chirurgia senologica	Indice di performance priorità B	1. target regionale: $\geq 95\%$ priorità B 2. mantenimento del numero di prime visite senologiche (anno 2017: 1.131)	I target vengono valutati come segue: 1° target: $\geq 95\% = 100\%$ $< 95\% = 0\%$ 2° target: numero prime visite senologiche $\geq$ anno 2017 = 100% numero prime visite senologiche $<$ anno 2017 = 0%. L'obiettivo viene considerato raggiunto solo se viene rispettato almeno un target.	5%	1. % tempi di attesa: 100,00% 2. numero PRIME VISITE SENOLOGICHE: 1.160
					100,00%
Rispetto degli standard sui Tempi max di attesa per la visita chirurgia senologica	Indice di performance priorità D	1. target regionale: $\geq 90\%$ priorità D 2. mantenimento del numero di prime visite senologiche (anno 2017: 1.131)	I target vengono valutati come segue: 1° target: $\geq 90\% = 100\%$ $< 90\% = 0\%$ 2° target: numero prime visite senologiche $\geq$ anno 2017 = 100% numero prime visite senologiche $<$ anno 2017 = 0%. L'obiettivo viene considerato raggiunto solo se viene rispettato almeno un target.	5%	1. % tempi di attesa: 100,00% 2. numero PRIME VISITE SENOLOGICHE: 1.160
					100,00%
Rispetto budget Beni sanitari in rapporto all'attività svolta	Incidenza del costo per beni di consumo sanitari (esclusi farmaci) sul n.ro interventi stabile rispetto al 2016	$\leq \text{€ } 615$	Viene valutato in coerenza con quanto conseguito rispetto all'obiettivo quanti - qualitativo della produzione	5%	€ 624 Si è registrato rispetto al 2016 un incremento dei consumi correlati all'aumento di interventi in laparoscopia, di isteroscopia, di chirurgia plastica, nonché al miglioramento della sicurezza degli operatori
					0,00%
Compilazione esaustiva della cartella clinica	3 monitoraggi quadrimestrali con criteri di campionatura usati per il monitoraggio regionale (esclusi FUT)	$\geq 95\%$	Viene riconosciuta una franchigia del 3% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%. Al di sotto della franchigia l'obiettivo non è raggiunto	10%	94,65% monitoraggio su un campione di n. 29 cartelle
					100,00%
Completezza della codifica delle schede di dimissione ospedaliera (SDO)	Monitoraggi previsti dal piano controlli regionale	$\geq 95\%$	Viene riconosciuta una franchigia del 3% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%. Al di sotto della franchigia l'obiettivo non è raggiunto	10%	98,87% su un campione di 529 SDO
					100,00%

## Linee progettuali regionali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE	Monitoraggio
Linea 5. Il sistema informativo: implementazione della firma digitale nei documenti del G2 clinico	% referti firmati digitalmente	≥ 80% a partire dal II semestre	Il risultato viene valutato secondo un criterio proporzionale	5%	60,16%
					75,20%
Linee progettuali regionali 3.7.6 Individuazione del medico responsabile della gestione del paziente	% di pazienti con ricovero ordinario di durata > 4 giorni che ricevono l'informazione del medico responsabile	≥ 90% dei pazienti con un ricovero di durata > 4 giorni	Valutazione da parte della direzione sanitaria	5%	I dati sono stati trasmessi mensilmente alla direzione sanitaria che li ha successivamente inviati all'ARCS.
					100,00%

# Ricerca

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE	Monitoraggio
Mantenimento livello di produzione scientifica	1. punti di impact factor normalizzato frazionato (≥ media quinquennale 2013-2017) 2. impact factor normalizzato totale aziendale	1 ≥ 11,385 2. ≥ IF normalizzato aziendale anno 2017	Vengono riconosciuti: - franchigia: 7% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: 5,7. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: 10,59. Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo. 2. Il risultato viene valutato come segue: valore I.F. normalizzato aziendale ≥ valore 2017 = 100% valore I.F. normalizzato aziendale < valore 2017 = 0% L'obiettivo viene raggiunto al 100% se viene rispettato almeno uno dei due target	5%	1. indicatore: 21,59; 2. indicatore: valore anno 2018: 1.183,80; valore anno 2017: 1.067,10.
Miglioramento della produzione scientifica	partecipazione da parte del personale della struttura ad almeno un incontro di formazione, organizzato dalla biblioteca, su indicatori di produttività scientifica	Garantire la partecipazione di almeno il 50% del personale dirigente strutturato e 50% del personale di ricerca non strutturato	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	1. 100% dei dirigenti strutturati ha partecipato ad almeno un incontro 2. la struttura non ha personale di ricerca non strutturato.
Progetto di fase I b di ricostruzione mammaria (lipofilling)	- sottomissione del protocollo al comitato etico regionale - numero pazienti arruolati	1 paziente entro il 31.12	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	Il progetto è stato presentato ed approvato dal CEUR nella seduta del 20 novembre 2018. Non è stato possibile arruolare entro il 31.12.2018 perché la polizza assicurativa è stata stipulata il 14.01.2019. (mail del responsabile della SOSD Trattamento di cellule staminali per le terapie cellulari in data 25.03.2019). Tuttavia come riporta il responsabile della SOSD nella mail del 21.05.2019, nel mese di maggio 2019 sono stati arruolati due pazienti dando così il via al progetto. La direzione, vista l'attività svolta, ritiene l'obiettivo raggiunto.

100,00%

100,00%

100,00%

## Sintesi valutazione SOC Oncologia Chirurgica Oncologica del Seno

ANNO 2018

Scala di verifica e valutazione della performance raccordata con scala di riconoscimento indennità di risultato/produttività collettiva	
grado di conseguimento	percentuale di accesso alla quota annua di retribuzione risultato/produttività collettiva
≥ 95%	100%
60%-94%	in proporzione rispetto al 95%
< 60%	0%

Le percentuali vengono calcolate arrotondate per eccesso o per difetto al numero intero.

% incentivazione

72%

% misurazione obiettivi incentivati

68,76%

% pesi obiettivi monitorati

100%

Valutato dall'Organismo Indipendente di Valutazione (Verbali n. 10 del 16/04/2019, n. 11 del 27/06/2019 e n. 12 del 24/07/2019)

### Volumi di attività

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE	Monitoraggio
Mantenimento volumi e produttività storica	Valore di produzione per medico	≥ € 550.000	<p>Vengono riconosciuti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- franchigia: 1% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%</li> <li>- limite inferiore: € 533.500 Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto.</li> <li>- limite superiore: € 544.500.</li> </ul> <p>Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo.</p> <p>La valutazione verrà effettuata considerando come forza lavoro 6 unità di dirigente medico</p>	25%	€ 559.609
					100,00%

### Attrattività e autosufficienza

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE	Monitoraggio
Mantenimento dell'attrattività extraregionale dell'attività in regime di ricovero ordinario	% dimessi ordinari da fuori Regione	≥ 45%	Viene riconosciuta una franchigia del 3% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%. Al di sotto della franchigia l'obiettivo non è raggiunto	10%	48,59%
					100,00%

## Efficienza operativa, appropriatezza e accessibilità

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE	Monitoraggio
Rispetto degli standard sui Tempi max di attesa per intervento neoplasia utero	indice di performance per priorità A	target regionale: ≥ 95% priorità A	il risultato viene valutazione come segue: ≥ 95% = 100% < 95% = 0%	10%	96,15%
					100,00%
Rispetto degli standard sui Tempi max di attesa per la visita ginecologica	indice di performance per priorità B	1. target regionale: ≥ 95% priorità B 2. mantenimento del numero prime visite ginecologiche (anno 2017: 615)	i target vengono valutati come segue: 1° target: ≥ 95% = 100% < 95% = 0% 2° target: numero prime visite ginecologiche ≥ anno 2017 = 100% numero prime visite ginecologiche < anno 2017 = 0%. L'obiettivo viene considerato raggiunto solo se viene rispettato almeno un target.	5%	1. % tempi di attesa: 100,00% 2. numero PRIME VISITE GINECOLOGICHE: 643
					100,00%
Rispetto degli standard sui Tempi max di attesa per la visita ginecologica	indice di performance per priorità D	1. target regionale: ≥ 90% priorità D 2. mantenimento del numero prime visite ginecologiche (anno 2017: 615)	i target vengono valutati come segue: 1° target: ≥ 90% = 100% < 90% = 0% 2° target: numero prime visite ginecologiche ≥ anno 2017 = 100% numero prime visite ginecologiche < anno 2017 = 0%. L'obiettivo viene considerato raggiunto solo se viene rispettato almeno un target.	5%	1. % tempi di attesa: 83,64% 2. numero PRIME VISITE GINECOLOGICHE: 643
					100,00%
Rispetto budget Beni sanitari in rapporto all'attività svolta	incidenza del costo per beni di consumo sanitari (esclusi farmaci) sul n.ro interventi stabile rispetto al 2016	≤ € 615	viene valutato in coerenza con quanto conseguito rispetto all'obiettivo quanti - qualitativo della produzione	5%	€ 624 Si è registrato rispetto al 2016 un incremento dei consumi correlati all'aumento di interventi in laparoscopia, di isteroscopia, di chirurgia plastica, nonché al miglioramento della sicurezza degli operatori
					0,00%
compilazione esaustiva della cartella clinica	3 monitoraggi quadrimestrali con criteri di campionatura usati per il monitoraggio regionale	≥ 95%	viene riconosciuta una franchigia del 3% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%. Al di sotto della franchigia l'obiettivo non è raggiunto	10%	96,69% monitoraggio su un campione di n. 28 cartelle
					100,00%

completezza della codifica delle schede di dimissione ospedaliera (SDO)

monitoraggi previsti dal piano controlli regionale **≥ 95%**

viene riconosciuta una franchigia del 3% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%. Al di sotto della franchigia l'obiettivo non è raggiunto

10%

94,03% su un campione di 586 SDO

100,00%

## Linee progettuali regionali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE	Monitoraggio
linee progettuali regionali 3.7.6 Individuazione del medico responsabile della gestione del paziente	% di pazienti con ricovero ordinario di durata > 4 giorni che ricevono l'informazione del medico responsabile	<b>≥ 90% dei pazienti con un ricovero di durata &gt; 4 giorni</b>	Valutazione da parte della direzione sanitaria	5%	I dati sono stati trasmessi mensilmente alla direzione sanitaria che li ha successivamente inviati all'ARCS.

100,00%

## Ricerca

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE	Monitoraggio
Mantenimento livello di produzione scientifica	1. punti di impact factor normalizzato frazionato (≥ media quinquennale 2013-2017) 2. impact factor normalizzato totale aziendale	<b>1. ≥ 31,072</b> <b>2. ≥ IF normalizzato aziendale anno 2017</b>	vengono riconosciuti: - franchigia: 7% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: 15,54. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: 28,9. Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo. 2. Il risultato viene valutato come segue: valore I.F. normalizzato aziendale ≥ valore 2017 = 100% valore I.F. normalizzato aziendale < valore 2017 = 0% L'obiettivo viene raggiunto al 100% se viene rispettato almeno uno dei due target	10%	1. indicatore: 39,62; 2. indicatore: valore anno 2018: 1.183,80; valore anno 2017: 1.067,10

100,00%

miglioramento della produzione scientifica	partecipazione da parte del personale della struttura ad almeno un incontro di formazione, organizzato dalla biblioteca, su indicatori di produttività scientifica	<b>garantire la partecipazione di almeno il 50% del personale dirigente strutturato e 50% del personale di ricerca non strutturato</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	1. 40% dei dirigenti strutturati ha partecipato ad almeno un incontro; 2. la struttura non ha personale di ricerca non strutturato.
--	--	--	---	----	--

0,00%

## Sintesi valutazione SOC Chirurgia Oncologica Ginecologica

ANNO 2018

<b>Scala di verifica e valutazione della performance raccordata con scala di riconoscimento indennità di risultato/produttività collettiva</b>	
grado di conseguimento	percentuale di accesso alla quota annua di retribuzione risultato/produttività collettiva
≥ 95%	100%
60%-94%	in proporzione rispetto al 95%
< 60%	0%

Le percentuali vengono calcolate arrotondate per eccesso o per difetto al numero intero.

% incentivazione

95%

% misurazione obiettivi incentivati

90,00%

% pesi obiettivi monitorati

100%

Valutato dall'Organismo Indipendente di Valutazione (Verbali n. 10 del 16/04/2019, n. 11 del 27/06/2019 e n. 12 del 24/07/2019)

Volumi di attività

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE	Monitoraggio
progetto sindrome genetiche e precancerosi dell'apparato digerente	n. arruolamento pazienti	n. 20	Il risultato viene valutato come segue: ≥ 20 = 100% < 20 = 0%	10%	27 pazienti arruolati (vedi mail del direttore della SOC del 25.03.2019)
					100,00%
Mantenimento volumi e produttività storica (attività ambulatoriale, per interni e screening)	Valore di produzione	≥ € 620.000	vengono riconosciuti: - franchigia: 1% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: € 601.400. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: € 613.800. Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo. L'obiettivo è stato calcolato considerando tre dirigenti medici. Eventuali neoassunti verranno considerati escludendo il periodo per la loro formazione	30%	€ 640.475
					100,00%

## Efficienza operativa, appropriatezza e accessibilità

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE	Monitoraggio
Rispetto degli standard sui Tempi max di attesa per tutte le prestazioni con priorità B (coloscopia, visite, esofagogastroduodenoscopia, rettosigmoidoscopia)	indice di performance priorità B	1. target regionale: $\geq 95\%$ priorità B 2. incremento del 5% del numero di prestazioni complessive ambulatoriali (coloscopia, visite, esofagogastroduodenoscopia, rettosigmoidoscopia): n. 2.523	i target vengono valutati come segue: 1° target: $\geq 95\% = 100\%$ $< 95\% = 0\%$ 2° target: numero prestazioni ambulatoriali $\geq$ anno 2017 + 5% = 100% numero prestazioni ambulatoriali $<$ anno 2017 + 5% = 0%. L'obiettivo viene considerato raggiunto solo se viene rispettato almeno un target.	5%	1. % tempi di attesa: 85,37% 2. numero prestazioni monitorate: 2.765
100,00%					
Rispetto degli standard sui Tempi max di attesa per tutte le prestazioni con priorità D (coloscopia, visite, esofagogastroduodenoscopia, rettosigmoidoscopia)	indice di performance priorità D	1. target regionale: $\geq 90\%$ priorità D 2. incremento del 5% del numero di prestazioni complessive ambulatoriali (coloscopia, visite, esofagogastroduodenoscopia, rettosigmoidoscopia): n. 2.523	i target vengono valutati come segue: 1° target: $\geq 90\% = 100\%$ $< 90\% = 0\%$ 2° target: numero prestazioni ambulatoriali $\geq$ anno 2017 + 5% = 100% numero prestazioni ambulatoriali $<$ anno 2017 + 5% = 0%. L'obiettivo viene considerato raggiunto solo se viene rispettato almeno un target.	5%	1. % tempi di attesa: 80,87% 2. numero prestazioni monitorate: 2.765
100,00%					

## Consumi prodotti sanitari

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE	Monitoraggio
Rispetto budget prodotti sanitari in rapporto all'attività svolta	Rapporto tra consumo di prodotti sanitari e valore della produzione	$\leq 33,34\%$	L'obiettivo viene valutato come segue: $\leq 33,34\% = 100\%$ $> 33,34\% \text{ e } \leq 35\% =$ in proporzione all'intervallo $> 35\% = 0\%$	10%	31,73%
100,00%					

## Linee progettuali regionali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE	Monitoraggio
3.2.3 Linea progettuale screening oncologico del colon retto: colonscopia	garantire l'offerta della colonscopia di approfondimento di 2° livello entro 30 dalla positività del FOBT di screening.	<b>Tempo di attesa per colonscopia di approfondimento di secondo livello ≤ 30 giorni</b>	viene valutato come segue: ≤ 30 giorni = 100% > 30 giorni = 0%	5%	è stato garantito tutto l'anno un tempo di attesa < 30gg (monitoraggio da parte dell'unità di screening dell'AAS 5 in data 11.04.2019)
					100,00%
3.2.3 Linea progettuale screening oncologico del colon retto: cartella endoscopica di 2° livello	Percentuale di compilazione dei campi fondamentali della cartella endoscopica (in particolare la codifica del livello di rischio)	<b>≥ 95%</b>	viene valutato come segue: ≥ 95= 100% < 95% = 0	5%	98,36% (420 su 427). (monitoraggio dal parte dell'unità di screening dell'AAS 5 con mail del 11.04.2019)
					100,00%

## Ricerca

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE	Monitoraggio
Mantenimento livello di produzione scientifica	1. punti di impact factor normalizzato frazionato ( $\geq$ media quinquennale 2013-2017) 2. impact factor normalizzato totale aziendale	1. $\geq 18,864$ 2. $\geq$ IF normalizzato aziendale anno 2017	vengono riconosciuti: - franchigia: 7% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: 9,43. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: 17,54. Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo. 2. Il risultato viene valutato come segue: valore I.F. normalizzato aziendale $\geq$ valore 2017 = 100% valore I.F. normalizzato aziendale $<$ valore 2017 = 0% L'obiettivo viene raggiunto al 100% se viene rispettato almeno uno dei due target	15%	1. indicatore: 22,46; 2. indicatore: valore anno 2018: 1.183,80; valore anno 2017: 1.067,10
					100,00%
miglioramento della produzione scientifica	partecipazione da parte del personale della struttura ad almeno un incontro di formazione, organizzato dalla biblioteca, su indicatori di produttività scientifica	garantire la partecipazione di almeno il 50% del personale dirigente strutturato e 50% del personale di ricerca non strutturato	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	1. 75% del personale della dirigenza ha partecipato ad almeno un incontro; 2. 50% del personale di ricerca non strutturato ha partecipato ad almeno un incontro.
					100,00%
PDTAR stomaco e intestino tenue: garantire attività di coordinamento e produzione di report	Invio report alla direzione sanitaria	cadenza bimestrale a partire dal secondo semestre	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	10%	Come risulta dai verbali il primo incontro bimestrale si è tenuto il 16.05.2018 e i successivi in data: 18.07.2018, 19.09.2018 e 14.11.2018 (vedi mail del direttore della struttura in data 15.11.2018 e 04.10.2018)
					100,00%

## Sintesi valutazione SOC Gastroenterologia Oncologica Sperimentale

ANNO 2018

<b>Scala di verifica e valutazione della performance raccordata con scala di riconoscimento indennità di risultato/produttività collettiva</b>	
grado di conseguimento	percentuale di accesso alla quota annua di retribuzione risultato/produttività collettiva
≥ 95%	100%
60%-94%	in proporzione rispetto al 95%
< 60%	0%

Le percentuali vengono calcolate arrotondate per eccesso o per difetto al numero intero.

% incentivazione

100%

% misurazione obiettivi incentivati

100,00%

% pesi obiettivi monitorati

100%

Valutato dall'Organismo Indipendente di Valutazione (Verbali n. 10 del 16/04/2019, n. 11 del 27/06/2019 e n. 12 del 24/07/2019)

Volumi di attività

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE	Monitoraggio
<b>mantenimento ore di sala operatoria</b>	numero ore di sala dei primi nove mesi	≥ 2.377 (gennaio - settembre)	vengono riconosciuti: - franchigia: 1% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: 2.305 Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: 2.353. Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo.	25%	2.378 dato riferito al periodo gennaio-settembre
					100,00%
<b>Gestione cateteri vascolari: mantenimento dei volumi di prestazioni</b>	numero di prestazioni complessive (per esterni e per interni)	≥ 815	viene riconosciuta una franchigia del 3% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%. Al di sotto della franchigia l'obiettivo non è raggiunto	20%	982
					100,00%
<b>Mantenimento del numero di prestazioni complessive (esterni e interni)</b>	numero prestazioni complessive	≥ 4.800	vengono riconosciuti: - franchigia: 1% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: 4.560. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: 4.752. Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo.	10%	5.481
					100,00%

## Efficienza operativa, appropriatezza e accessibilità

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE	Monitoraggio
compilazione esaustiva della cartella clinica	3 monitoraggi quadrimestrali con criteri di campionatura usati per il monitoraggio regionale	≥ 95%	viene riconosciuta una franchigia del 3% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%. Al di sotto della franchigia l'obiettivo non è raggiunto	10%	97,86% monitoraggio su un campione di n. 87 cartelle
					100,00%
completezza della codifica delle schede di dimissione ospedaliera (SDO)	monitoraggi previsti dal piano controlli regionale	≥ 95%	viene riconosciuta una franchigia del 3% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%. Al di sotto della franchigia l'obiettivo non è raggiunto	10%	100,00% su un campione di 11 SDO
					100,00%
Rispetto budget prodotti sanitari in rapporto all'attività svolta	budget prodotti sanitari	≤ € 575.000	viene valutato in coerenza con quanto conseguito rispetto all'obiettivo quanti - qualitativo della produzione	5%	€ 565.481
					100,00%

## Linee progettuali regionali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE	Monitoraggio
Linea 5. Il sistema informativo: implementazione della firma digitale nei documenti del G2 clinico	% referti firmati digitalmente	≥ 80% a partire dal II semestre	L'obiettivo viene valutato secondo un criterio proporzionale.	10%	95,38%
					100,00%

# Ricerca

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE	Monitoraggio
Mantenimento livello di produzione scientifica	1. punti di impact factor normalizzato frazionato (≥ media quinquennale 2013-2017) 2. impact factor normalizzato totale aziendale	1. ≥ 0,499 2. ≥ IF normalizzato aziendale anno 2017	vengono riconosciuti: - franchigia: 7% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: 0,25. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: 0,46. Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo. 2. Il risultato viene valutato come segue: valore I.F. normalizzato aziendale ≥ valore 2017 = 100% valore I.F. normalizzato aziendale < valore 2017 = 0% L'obiettivo viene raggiunto al 100% se viene rispettato almeno uno dei due target	5%	1. indicatore: 1,50; 2. indicatore: valore anno 2018: 1.183,80; valore anno 2017: 1.067,10
miglioramento della produzione scientifica	partecipazione da parte del personale della struttura ad almeno un incontro di formazione, organizzato dalla biblioteca, su indicatori di produttività scientifica	garantire la partecipazione di almeno il 50% del personale dirigente strutturato e 50% del personale di ricerca non strutturato	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	1. 89% dei dirigenti strutturati ha partecipato ad almeno un incontro 2. la struttura non ha personale di ricerca non strutturato.

## Sintesi valutazione SOC Anestesia e Rianimazione

ANNO 2018

Scala di verifica e valutazione della performance raccordata con scala di riconoscimento indennità di risultato/produttività collettiva	
grado di conseguimento	percentuale di accesso alla quota annua di retribuzione risultato/produttività collettiva
≥ 95%	100%
60%-94%	in proporzione rispetto al 95%
< 60%	0%

Le percentuali vengono calcolate arrotondate per eccesso o per difetto al numero intero.

% incentivazione	% misurazione obiettivi incentivati	% pesi obiettivi monitorati
100%	100,00%	100%

Valutato dall'Organismo Indipendente di Valutazione (Verbali n. 10 del 16/04/2019, n. 11 del 27/06/2019 e n. 12 del 24/07/2019)

### Volumi di attività

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE	Monitoraggio
Mantenimento volumi e produttività storica	A. Valore di produzione per medico B. N.ro Drg 481	A. $\geq$ € 1.042.000 B. $\geq$ 45	A. viene riconosciuta una franchigia: 4% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% (€ 1.000.000). Al di sotto della franchigia, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto.	30%	A. € 1.122.678 B. 45
100,00%					
Attività di trapianto	Numero di incontri di discussione della casistica	Almeno due a trimestre	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	15%	Come si evince dai verbali (mail del direttore della struttura del 03.10.2018 e del 17.05.2019), sono state garantite almeno due riunioni a trimestre così come previsto dal target
100,00%					

### Attrattività e autosufficienza

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE	Monitoraggio
Attrazione extraregionale ricovero ordinario	% dimessi ordinari da fuori Regione	$\geq$ 40%	Viene riconosciuta una franchigia del 3% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%. Al di sotto della franchigia l'obiettivo non è raggiunto		OBIETTIVO ELIMINATO
100,00%					

## Efficienza operativa, appropriatezza e accessibilità

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE	Monitoraggio
Rispetto degli standard sui Tempi max di attesa per la visita oncologica	Indice performance priorità B	1. target regionale: ≥ 95% priorità B 2. incremento del 5% del numero di prime visite oncologiche (anno 2017: 114)	I target vengono valutati come segue: 1° target: ≥ 95% = 100% < 95% = 0% 2° target: numero prestazioni ≥ anno 2017 + 5% = 100% numero prestazioni < anno 2017 + 5% = 0%. L'obiettivo viene considerato raggiunto solo se viene rispettato almeno un target	10%	1. % tempi di attesa: 100,00% 2. numero VISITE: 152
					100,00%
Rispetto degli standard sui Tempi max di attesa per i ricoveri	Indice performance priorità A	Target regionale: ≥ 95% priorità A	Il risultato viene valutazione come segue: ≥ 95% = 100% < 95% = 0%	5%	93,89% (nel calcolo sono stati considerati entro i tempi n. 20 ricoveri che hanno superato i 30 gg per motivi non imputabili alla struttura - come dichiarato dal responsabile della struttura e validato dal Direttore Sanitario)
					0,00%
Implementazione delle cartelle oncologiche informatizzate	% di cartelle implementate relativamente ad almeno questi campi: protocollo/farmaco, diagnosi/sede, stadiazione.	≥ almeno il 95% dei pazienti	Viene riconosciuta una franchigia del 3% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%. Al di sotto della franchigia l'obiettivo non è raggiunto	15%	96,38%
					100,00%
Chemioterapie in fine vita per residenti (< 15gg prima del decesso)	% di chemioterapie fine vita	≤ 4%	Viene riconosciuta una franchigia del 3% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%. Al di sopra della franchigia l'obiettivo non è raggiunto	5%	2,71%
					100,00%

## consumi prodotti sanitari

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE	Monitoraggio
Contenimento del consumo dei prodotti farmaceutici (ospedalieri e diretta)	1. Valore assegnato 2. Rispetto dell'equilibrio di bilancio aziendale anno 2018	1. ≤ € 2.865.000 2. rispetto della realizzazione dell'indicatore	1. Viene riconosciuta una franchigia del 2% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%. Al di sopra della franchigia l'obiettivo non è raggiunto 2. Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% L'obiettivo viene raggiunto al 100% se viene rispettato almeno uno dei due target	5%	1° indicatore (consumo farmaci): € 3.524.481 - ; 2° indicatore (risultato di esercizio): € 1.390.683 - bilancio di esercizio 2018 - del. 178/2019
					100,00%

## Linee progettuali regionali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE	Monitoraggio
Linee progettuali regionali 3.7.6 Individuazione del medico responsabile della gestione del paziente	% di pazienti con ricovero ordinario di durata > 4 giorni che ricevono l'informazione del medico responsabile	≥ 90% dei pazienti con un ricovero di durata > 4 giorni	Valutazione da parte della direzione sanitaria	5%	I dati sono stati trasmessi mensilmente alla direzione sanitaria che li ha successivamente inviati all'ARCS.
					100,00%

## Ricerca

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE	Monitoraggio
Mantenimento livello di produzione scientifica	1. punti di impact factor normalizzato frazionato (≥ media quinquennale 2013-2017) 2. impact factor normalizzato totale aziendale	1. ≥ 5 2. ≥ IF normalizzato aziendale anno 2017	Vengono riconosciuti: - franchigia: 7% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: 2,5. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: 4,65. Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo. 2. Il risultato viene valutato come segue: valore I.F. normalizzato aziendale ≥ valore 2017 = 100% valore I.F. normalizzato aziendale < valore 2017 = 0% L'obiettivo viene raggiunto al 100% se viene rispettato almeno uno dei due target	5%	1. indicatore: 3,50; 2. indicatore: valore anno 2018: 1.183,80; valore anno 2017: 1.067,10.
					100,00%
Miglioramento della produzione scientifica	partecipazione da parte del personale della struttura ad almeno un incontro di formazione, organizzato dalla biblioteca, su indicatori di produttività scientifica	Garantire la partecipazione di almeno il 50% del personale dirigente strutturato e 50% del personale di ricerca non strutturato	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	1. 60% dei dirigenti strutturati ha partecipato ad almeno un incontro 2. la struttura non ha personale di ricerca non strutturato.
					100,00%

## Sintesi valutazione SOSD Oncoematologia Trapianti Emopoietici e Terapie Cellulari

ANNO 2018

Scala di verifica e valutazione della performance raccordata con scala di riconoscimento indennità di risultato/produttività collettiva	
grado di conseguimento	percentuale di accesso alla quota annua di retribuzione risultato/produttività collettiva
≥ 95%	100%
60%-94%	in proporzione rispetto al 95%
< 60%	0%

Le percentuali vengono calcolate arrotondate per eccesso o per difetto al numero intero.

% incentivazione

100%

% misurazione obiettivi incentivati

95,00%

% pesi obiettivi monitorati

100%

Valutato dall'Organismo Indipendente di Valutazione (Verbali n. 10 del 16/04/2019, n. 11 del 27/06/2019 e n. 12 del 24/07/2019)

### Volumi di attività

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE	Monitoraggio
Mantenimento volumi e produttività storica	Valore di produzione per medico	≥ € 550.000	<p>Vengono riconosciuti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- franchigia: 1% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%</li> <li>- limite inferiore: € 533.500 Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto.</li> <li>- limite superiore: € 544.500.</li> </ul> <p>Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo.</p> <p>La valutazione verrà effettuata considerando n. 5,5 unità di dirigente medico.</p>	25%	€ 580.868
					100,00%

### Attrattività e autosufficienza

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE	Monitoraggio
Mantenimento dell'attrattività extraregionale dell'attività in regime di ricovero ordinario	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. % dimessi ordinari da fuori Regione</li> <li>2. definizione di un progetto per garantire/mantenere un buon livello di attrazione extra-regionale dell'attività di ricovero</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ≥ 42%</li> <li>2. invio progetto alla direzione sanitaria entro il 30.11</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Viene riconosciuta una franchigia del 3% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%. Al di sotto della franchigia l'obiettivo non è raggiunto</li> <li>2. Viene riconosciuta una franchigia di 30 giorni. L'obiettivo viene considerato raggiunto se è rispettato almeno uno dei due target</li> </ol>	10%	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 40,93% dato aggiornato al mese di dicembre;</li> <li>2. il piano è stato inviato con nota prot. 24374/CG del 21.12.2018</li> </ol>
					100,00%

## Efficienza operativa, appropriatezza e accessibilità

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE	Monitoraggio
Rispetto degli standard sui Tempi max di attesa per intervento neoplasia colon	Indice di performance per priorità A	Target regionale: ≥ 95% priorità A	Il risultato viene valutazione come segue: ≥ 95% = 100% < 95% = 0%	10%	95,65%
					100,00%
Rispetto degli standard sui Tempi max di attesa per la visita chirurgia generale	Indice di performance per priorità B	1. target regionale: ≥ 95% priorità B 2. mantenimento del numero di prime visite (anno 2017: n. 640)	I target vengono valutati come segue: 1° target: ≥ 95% = 100% < 95% = 0% 2° target: numero prime visite ≥ anno 2017 = 100% numero prime visite < anno 2017 = 0%. L'obiettivo viene considerato raggiunto solo se viene rispettato almeno un target	5%	1. % tempi di attesa: 95,24% 2. numero PRIME VISITE: 589
					100,00%
Rispetto degli standard sui Tempi max di attesa per la visita chirurgia generale	Indice di performance per priorità D	1. target regionale: ≥ 90% priorità D 2. mantenimento del numero di prime visite (anno 2017: n. 640)	I target vengono valutati come segue: 1° target: ≥ 90% = 100% < 90% = 0% 2° target: numero prime visite ≥ anno 2017 = 100% numero prime visite < anno 2017 = 0%. L'obiettivo viene considerato raggiunto solo se viene rispettato almeno un target.	5%	1. % tempi di attesa: 100,00% 2. numero PRIME VISITE: 589
					100,00%
Rispetto budget Beni sanitari in rapporto all'attività svolta	Incidenza del costo per beni di consumo sanitari (esclusi farmaci) sul n.ro interventi stabile rispetto al 2016	≤ € 615	Viene valutato in coerenza con quanto conseguito rispetto all'obiettivo quanti - qualitativo della produzione	5%	€ 624 Si è registrato rispetto al 2016 un incremento dei consumi correlati all'aumento di interventi in laparoscopia, di isteroscopia, di chirurgia plastica, nonché al miglioramento della sicurezza degli operatori
					0,00%
Compilazione esaustiva della cartella clinica	3 monitoraggi quadrimestrali con criteri di campionatura usati per il monitoraggio regionale	≥ 95%	viene riconosciuta una franchigia del 3% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%. Al di sotto della franchigia l'obiettivo non è raggiunto	10%	97,42% monitoraggio su un campione di n. 30 cartelle
					100,00%
Completezza della codifica delle schede di dimissione ospedaliera (SDO)	Monitoraggi previsti dal piano controlli regionale	≥ 95%	Viene riconosciuta una franchigia del 3% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%. Al di sotto della franchigia l'obiettivo non è raggiunto	10%	95,58% su un campione di 453 SDO
					100,00%

## Linee progettuali regionali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE	Monitoraggio
Linee progettuali regionali 3.7.6 Individuazione del medico responsabile della gestione del paziente	% di pazienti con ricovero ordinario di durata > 4 giorni che ricevono l'informazione del medico responsabile	≥ 90% dei pazienti con un ricovero di durata > 4 giorni	Valutazione da parte della direzione sanitaria	5%	I dati sono stati trasmessi mensilmente alla direzione sanitaria che li ha successivamente inviati all'ARCS.
					100,00%

## Ricerca

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE	Monitoraggio
Mantenimento livello di produzione scientifica	1. punti di impact factor normalizzato frazionato (≥ media quinquennale 2013-2017) 2. impact factor normalizzato totale aziendale	1. ≥ 7,078 2. ≥ IF normalizzato aziendale anno 2017	Vengono riconosciuti: - franchigia: 7% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: 3,54. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: 6,58. Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo 2. Il risultato viene valutato come segue: valore I.F. normalizzato aziendale ≥ valore 2017 = 100% valore I.F. normalizzato aziendale < valore 2017 = 0% L'obiettivo viene raggiunto al 100% se viene rispettato almeno uno dei due target	5%	1. indicatore: 24,46; 2. indicatore: valore anno 2018: 1.183,80; valore anno 2017: 1.067,10
					100,00%
Miglioramento della produzione scientifica	partecipazione da parte del personale della struttura ad almeno un incontro di formazione, organizzato dalla biblioteca, su indicatori di produttività scientifica	Garantire la partecipazione di almeno il 50% del personale dirigente strutturato e 50% del personale di ricerca non strutturato	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	1. 86% dei dirigenti strutturati hanno partecipato ad almeno un incontro; 2. la struttura non ha personale di ricerca non strutturato.
					100,00%
Progetti di fase I	arruolamento o screening di pazienti	Almeno 1 entro il 31.12.2018	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	n. 1 paziente arruolato in Fase 1 dal 08/11/2018 al 23/11/18 (n. SDO 5203/18, onere della degenza: altro)
					100,00%

## Sintesi valutazione SOSD Chirurgia Oncologica Generale

ANNO 2018

<b>Scala di verifica e valutazione della performance raccordata con scala di riconoscimento indennità di risultato/produttività collettiva</b>	
grado di conseguimento	percentuale di accesso alla quota annua di retribuzione risultato/produttività collettiva
≥ 95%	100%
60%-94%	in proporzione rispetto al 95%
< 60%	0%

Le percentuali vengono calcolate arrotondate per eccesso o per difetto al numero intero.

% incentivazione

100%

% misurazione obiettivi incentivati

95,00%

% pesi obiettivi monitorati

100%

Valutato dall'Organismo Indipendente di Valutazione (Verbali n. 10 del 16/04/2019, n. 11 del 27/06/2019 e n. 12 del 24/07/2019)

**Volumi di attività**

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE	Monitoraggio
mantenimento dei volumi della specialistica ambulatoriale per esterni anno 2016	numero di prestazioni	1.900	vengono riconosciuti: - franchigia: 1% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: 1.805. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: 1.881. Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo.	20%	3.307
					100,00%

**Efficienza operativa, appropriatezza e accessibilità**

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE	Monitoraggio
Attività di psicologia presso la struttura di Oncologia sede di Pordenone e San Vito	attività da parte di psicologi del CRO	2 accessi a PN a settimana; 1 accesso a San Vito a settimana.	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	20%	sono stati garantiti: - accessi a San Vito: 44 (martedì, eccetto festivi) - accessi a Pordenone: 88 (lunedì e mercoledì, eccetto festivi) (elaborazione dati da parte dell'ufficio informatico - mail del responsabile del 04.04.2019)
					100,00%
attività di formazione per il benessere organizzativo del team	almeno 2 percorsi	n. 8 incontri per percorso	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% L'obiettivo viene considerato raggiunto anche con un numero di incontri inferiore a 8 purchè con un numero di ore per percorso ≥ 10	20%	sono stati attivati due percorsi di formazione sul campo con il gruppo degli infermieri dell'oncologia CRO-PN e del gruppo operatorio del CRO-Aviano. Per il primo percorso CRO-PN sono stati effettuati 8 incontri per un totale di 12,5 mentre per il secondo percorso (CRO-AVIANO) sono stati effettuati 6 incontri per un totale di 11,5 ore (mail del responsabile della struttura del 10.12.2018).
					100,00%

## Linee progettuali regionali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE	Monitoraggio
Utilizzo della firma digitale per i referti in g2 clinico da parte dei professionisti della struttura (compresi i collaboratori)	% di referti firmati digitalmente dal personale strutturato e dai collaboratori	- 90% dei referti firmati digitalmente da parte del personale strutturato - 90% dei referti firmati dai collaboratori a partire dall'arrivo delle tessere	Viene riconosciuta una franchigia del 3% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%. Al di sotto della franchigia l'obiettivo non è raggiunto	20%	99,25%
					100,00%

## Ricerca

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE	Monitoraggio
Mantenimento livello di produzione scientifica	1. punti di impact factor normalizzato frazionato ( $\geq$ media quinquennale 2013-2017) 2. impact factor normalizzato totale aziendale	1 $\geq$ 15,4032 2. $\geq$ IF normalizzato aziendale anno 2017	vengono riconosciuti: - franchigia: 7% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: 7,7. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: 14,32. Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo. 2. Il risultato viene valutato come segue: valore I.F. normalizzato aziendale $\geq$ valore 2017 = 100% valore I.F. normalizzato aziendale $<$ valore 2017 = 0% L'obiettivo viene raggiunto al 100% se viene rispettato almeno uno dei due target	15%	1. indicatore: 16,76; 2. indicatore: valore anno 2018: 1.183,80; valore anno 2017: 1.067,10
					100,00%
miglioramento della produzione scientifica	partecipazione da parte del personale della struttura ad almeno un incontro di formazione, organizzato dalla biblioteca, su indicatori di produttività scientifica	garantire la partecipazione di almeno il 50% del personale dirigente strutturato e 50% del personale di ricerca non strutturato	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	1. 100% dei dirigenti strutturati ha partecipato ad almeno un incontro; 2. 70% del personale di ricerca non strutturato ha partecipato ad almeno un incontro.
					100,00%

## Sintesi valutazione SOSD Psicologia Oncologica

ANNO 2018

<b>Scala di verifica e valutazione della performance raccordata con scala di riconoscimento indennità di risultato/produttività collettiva</b>	
grado di conseguimento	percentuale di accesso alla quota annua di retribuzione risultato/produttività collettiva
≥ 95%	100%
60%-94%	in proporzione rispetto al 95%
< 60%	0%

Le percentuali vengono calcolate arrotondate per eccesso o per difetto al numero intero.

% incentivazione

100%

% misurazione obiettivi incentivati

100,00%

% pesi obiettivi monitorati

100%

Valutato dall'Organismo Indipendente di Valutazione (Verbali n. 10 del 16/04/2019, n. 11 del 27/06/2019 e n. 12 del 24/07/2019)

### Volumi di attività

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE	Monitoraggio
incremento attività terapia antalgica complessiva (esterni e interni)	numero prestazioni complessive	≥ 1.000	viene riconosciuta una franchigia del 10% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%. Al di sotto della franchigia l'obiettivo non è raggiunto	25%	1.569
					100,00%

### Consumi prodotti sanitari

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE	Monitoraggio
Rispetto budget prodotti sanitari in rapporto all'attività svolta	budget prodotti sanitari	≤ € 35.000 (importo relativo al II semestre)	viene valutato in coerenza con quanto conseguito rispetto all'obiettivo quanti - qualitativo della produzione	5%	33.034
					100,00%

## Linee progettuali regionali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE	Monitoraggio
Linea 5. Il sistema informativo: implementazione della firma digitale nei documenti del G2 clinico	% referti firmati digitalmente	≥ 80% a partire dal II semestre	l'obiettivo viene valutato secondo un criterio proporzionale	10%	99,10%
					100,00%
Linea 3.5.6. Cure palliative e terapia del dolore: Monitoraggio dei tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni di terapia del dolore in tutti i setting assistenziali	Trasmissione 2 report alla direzione centrale salute	- 1° report riferito al III trimestre - 2° report riferito al IV trimestre	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	25%	il responsabile della struttura ha partecipato all'attivazione del monitoraggio regionale dei tempi di attesa per le prime visite di terapia antalgica. Il monitoraggio è stato attuato per l'intero anno 2018 (mail del 25.03.2019 del responsabile della struttura)
					100,00%
Linea 3.5.6. Cure palliative e terapia del dolore: collaborazione ai progetti regionali e a quelli promossi dall'AAS5	predisposizione di un documento	entro il 30.11	viene riconosciuta una tolleranza di 1 mese	25%	Il responsabile della struttura ha partecipato in qualità di coordinatore al gruppo di lavoro interaziendale avente come finalità l'elaborazione di una proposta di codifiche di terapia antalgica (sia ambulatoriali che di ricovero) omogenee per tutte le Aziende FVG. Sono stati predisposti un poster e una brochure relativi al tema "Farmaci e guida dei veicoli" presentato in seguito nella giornata regionale della sicurezza il 13.12.2018. E' stato inoltre predisposto un percorso per la gestione delle consulenze tra CRO e ASS5 nell'ambito della medicina del dolore. (mail del responsabile della struttura del 25.03.2019)
					100,00%

# Ricerca

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE	Monitoraggio
Attività di produzione scientifica	numero di pubblicazioni	≥ n. 2 pubblicazioni	La valutazione verrà effettuata secondo un criterio proporzionale	5%	1,00 50,00%
miglioramento della produzione scientifica	partecipazione da parte del personale della struttura ad almeno un incontro di formazione, organizzato dalla biblioteca, su indicatori di produttività scientifica	garantire la partecipazione di almeno il 50% del personale dirigente strutturato e 50% del personale di ricerca non strutturato	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	1. 100% dei dirigenti strutturati hanno partecipato ad almeno un incontro; 2. la struttura non ha personale non strutturato 100,00%

## Sintesi valutazione SOSD Medicina del dolore clinica e sperimentale

ANNO 2018

Scala di verifica e valutazione della performance raccordata con scala di riconoscimento indennità di risultato/produttività collettiva	
grado di conseguimento	percentuale di accesso alla quota annua di retribuzione risultato/produttività collettiva
≥ 95%	100%
60%-94%	in proporzione rispetto al 95%
< 60%	0%

Le percentuali vengono calcolate arrotondate per eccesso o per difetto al numero intero.

% incentivazione	% misurazione obiettivi incentivati	% pesi obiettivi monitorati
100%	97,50%	100%

Valutato dall'Organismo Indipendente di Valutazione (Verbali n. 10 del 16/04/2019, n. 11 del 27/06/2019 e n. 12 del 24/07/2019)

**Efficienza operativa, appropriatezza e accessibilità**

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE	Monitoraggio
<b>Applicazione dei Bundle per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza (documento regionale del 22.09.2016)</b>	Adesione a tutti gli Item dei bundle per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza contenuti negli allegati 1 (bundle 2), 2,3,4,5,6,7	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Prevenzione delle infezioni del sito chirurgico (fase pre e post operatoria e intra-operatoria): ≥95%</b></li> <li>2. <b>Posizionamento del catetere vescicale a permanenza: ≥ 95%</b></li> <li>3. <b>Gestione del catetere vescicale a permanenza: ≥ 70%</b></li> <li>4. <b>Posizionamento del catetere venoso periferico: ≥ 95%</b></li> <li>5. <b>Gestione del catetere venoso periferico: ≥70%</b></li> <li>6. <b>Posizionamento del catetere venoso centrale e del periferico: ≥ 95%</b></li> <li>7. <b>Gestione del catetere venoso centrale e del periferico: ≥ 70% per area medica e prevenzione oncologica; ≥ 95% per le altre strutture coinvolte</b></li> </ol>	La valutazione verrà effettuata con cadenza trimestrale a partire da luglio (su 10 o 20 rilevazioni a trimestre a seconda del bundle). Il grado di raggiungimento verrà calcolato in misura proporzionale e valutato come media del raggiungimento dei singoli bundle riconoscendo una franchigia del 15%.	50%	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. obiettivo raggiunto nella fase pre e post operatoria al 95,5%; nella fase intraoperatoria al 97%.</li> <li>2. Raggiungimento dell'obiettivo al 96%.</li> <li>3 obiettivo raggiunto al 72%;</li> <li>4. 100% per TCAD, OM A-B raggiunto al 98%, ARTI al 100%.</li> <li>5. raggiungimento per l'Oncologia Chirurgica: 98%, per l'ARTI e TCAD:100%.</li> <li>6. ARTI, raggiungimento al 100%.</li> <li>7. per area medica raggiungimento al 91%, per l'ARTI è del 100%, per il TCAD raggiungimento al 98%.</li> </ol> <p>La documentazione a supporto della valutazione è archiviata presso l'ufficio rischio clinico (mail dirigente professioni sanitarie del 28.03.2019)</p>
<b>Igiene delle mani</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Quantità di soluzione idroalcolica consumata per 1000 giornate di degenza;</li> <li>2. osservazionale sull'igiene delle mani: Infermieri e O.S.S. adesione &gt; 65%</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. &gt; anno precedente (media 2017: 16,4/1000gg deg.)</li> <li>2. Tasso di adesione osservata Infermieri e O.S.S.&gt; 65 %</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Report sui consumi</li> <li>2. 100 osservazioni per il dipartimento nel 2° semestre</li> </ol>	30%	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Consumo di soluzione idroalcolica: 24,5 litri/1000 gg di degenza.</li> <li>2. terzo trimestre (luglio-settembre 2018) Infermiere: adesione = 71.8%, OSS: adesione = 74.6%.</li> <li>quarto trimestre (ottobre-dicembre 2018) Infermiere: adesione = 72.7%, OSS: adesione = 67,4%.</li> </ol> <p>La documentazione a supporto della valutazione è archiviata presso l'ufficio rischio clinico.</p>
<b>Applicazione del protocollo B-Bs per la sicurezza dei lavoratori presso le aree Ambulatoriali Chirurgiche</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. revisione della check list;</li> <li>2. formazione di almeno altri 5 osservatori fra gastroenterologia e piastra chirurgica ambulatoriale;</li> <li>3. esecuzione di osservazioni a settimana/AREA (piastra chirurgica ambulatoriale, Gastroenterologia)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>presenza di check list revisionata;</b></li> <li>2. <b>n. 5 osservatori formati (totale di Gastroenterologia e piastra chirurgica ambulatoriale), con certificazione dell'avvenuta formazione.</b></li> <li>3. <b>n. 3 osservazioni a settimana/AREA (piastra chirurgica ambulatoriale, Gastroenterologia)</b></li> </ol>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%.	10%	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. tre revisioni nel corso del 2018</li> <li>2. formati 8 osservatori infermieri</li> <li>3. sono state svolte 191 osservazioni a fronte delle 75 previste nel periodo 01/07-31/12 (mail del dirigente delle professioni sanitarie del 17.04.2019)</li> </ol>

**Applicazione del protocollo B-Bs per la sicurezza dei lavoratori presso le aree Mediche**

1. Formazione di almeno altri 3 osservatori nell'area dipartimentale medica;
2. Esecuzione di osservazioni a settimana/AREA

**1. Formazione di almeno 3 osservatori con certificazione dell'avvenuta formazione**

2.
  - TCAD: n. 2 osservazioni a settimana.
  - Piattaforma Degenze Mediche:n. 8 osservazione/settimana.
  - Piattaforma Terapie Oncologiche Mediche: n. 3 osservazioni/settimana.
  - Piastra Ambulatoriale Primo Piano: esecuzione n. 3 osservazioni/settimana.

Il risultato viene valutato come segue:  
se il risultato è si = 100%  
se il risultato è no = 0%.

10%

1. sono stati formati tre osservatori infermieri;  
2. TCAD ha effettuato 279 osservazioni a fronte delle 50 previste, Piattaforma degenze mediche ha effettuato 183 osservazioni a fronte delle 208 previste ; la Piattaforma terapie oncologiche mediche ha svolto 76 osservazioni a fronte delle 75 previste; la Piastra ambulatoriale del primo piano ha svolto 133 osservazioni a fronte di 75 previste. Complessivamente sono state effettuate 671 osservazioni rispetto a 408 previste. Considerato che il numero di osservazioni effettuate è superiore a quelle previste, l'obiettivo viene ritenuto raggiunto.

100,00%

**ANNO 2018**

Scala di verifica e valutazione della performance raccordata con scala di riconoscimento indennità di risultato/produttività collettiva	
grado di conseguimento	percentuale di accesso alla quota annua di retribuzione risultato/produttività collettiva
≥ 95%	100%
60%-94%	in proporzione rispetto al 95%
< 60%	0%

Le percentuali vengono calcolate arrotondate per eccesso o per difetto al numero intero.

personale comparto

% incentivazione

% misurazione obiettivi incentivati

% pesi obiettivi monitorati

100%

100,00%

100%

Valutato dall'Organismo Indipendente di Valutazione (Verbali n. 10 del 16/04/2019, n. 11 del 27/06/2019 e n. 12 del 24/07/2019)

Volumi di attività

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE	Monitoraggio
mantenimento volumi storici collegati all'attività dell'ambulatorio di consulenza genetica	numero di prestazioni	4.500	Viene riconosciuta una franchigia del 3% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%. Al di sotto della franchigia l'obiettivo non è raggiunto	5%	6.149
100,00%					
attività diagnostica: completare il pannello diagnostico per i pazienti negativi per le mutazioni canoniche	numero pazienti	almeno 20	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	30%	Sono stati analizzati con il nuovo pannello diagnostico 44 casi (31 casi di forma familiare di tumore di mammella/ovaio e 13 casi di forma familiare di tumore del colon-retto) (mail del responsabile della struttura in data 10.04.2019)
100,00%					

## Attuazione atto aziendale

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE	Monitoraggio
Dare completa attuazione alle 4 piattaforme previste nel regolamento attuativo dell'atto aziendale	documento condiviso dai direttori e responsabili delle strutture del dipartimento di definizione degli spazi e di assegnazione del personale e della strumentazione	entro il 31.12.2018	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% Lo stato di attuazione dell'obiettivo verrà relazionato dal direttore di dipartimento.	15%	Durante l'anno si sono tenuti diversi incontri finalizzati a condividere con i direttori/responsabili di struttura la distribuzione ottimale degli spazi a fronte della chiusura/ridefinizione di alcune attività del Dipartimento (es. Microbiologia), della strumentazione e dei diagnostici, come riportano le note di sintesi del direttore di dipartimento del 12.03.2019 e 09.04.2019. In sintesi, il punto di forza del modello organizzativo di Piattaforma Tecnologica (PT) è l'utilizzo condiviso delle risorse da parte di più SO riproducendo un sistema in grado di rispondere alle varie richieste. E' un modello organizzativo che identifica aree omogenee e permette l'utilizzo condiviso delle risorse per la gestione di attività affini rimodulando i processi per assicurare la più elevata flessibilità in risposta ai problemi clinici e i bisogni della ricerca delle SO. Con nota prot. 10971 del 19.06.2019 sono state descritte le quattro piattaforme con indicazione del personale e della strumentazione afferente. La direzione tenuto conto di quanto relazionato dal direttore di dipartimento ritiene l'obiettivo raggiunto.
					100,00%

## consumi prodotti sanitari

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE	Monitoraggio
contenimento consumi prodotti sanitari (esclusi farmaci)	importo assegnato per attività istituzionale e di ricerca corrente	≤ € 232.000	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%. Il target potrà essere rivisto a seguito della programmazione della ricerca corrente da parte della direzione scientifica	5%	€ 262.315
					L'incremento del consumo è determinato da un aumento dell'attività di diagnostica e dell'implementazione dei nuovi test diagnostici (nota prot. 11221 del 24.06.2019 del direttore della struttura)
					0,00%

# Ricerca

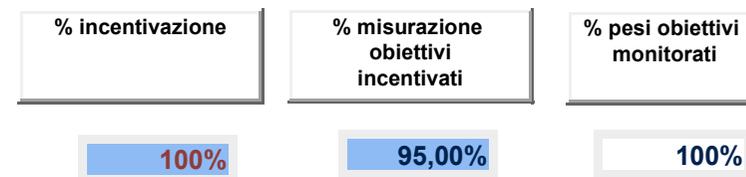
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE	Monitoraggio
Mantenimento livello di produzione scientifica	1. punti di impact factor normalizzato frazionato (≥ media quinquennale 2013-2017) 2. impact factor normalizzato totale aziendale	1. ≥ 65 2. ≥ IF normalizzato aziendale anno 2017	vengono riconosciuti: - franchigia: 7% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: 32,5. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: 60,45. Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo. 2. Il risultato viene valutato come segue: valore I.F. normalizzato aziendale ≥ valore 2017 = 100% valore I.F. normalizzato aziendale < valore 2017 = 0% L'obiettivo viene raggiunto al 100% se viene rispettato almeno uno dei due target	40%	1. indicatore: 38,47; 2. indicatore: valore anno 2018: 1.183,80; valore anno 2017: 1.067,10
miglioramento della produzione scientifica	partecipazione da parte del personale della struttura ad almeno un incontro di formazione, organizzato dalla biblioteca, su indicatori di produttività scientifica	garantire la partecipazione di almeno il 50% del personale dirigente strutturato e 50% del personale di ricerca non strutturato	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	1. 100% dei dirigenti strutturati ha partecipato ad almeno un incontro; 2. 85% del personale di ricerca non strutturato ha partecipato ad almeno un incontro

## Sintesi valutazione SOC Oncogenetica e Oncogenomica Funzionale

ANNO 2018

Scala di verifica e valutazione della performance raccordata con scala di riconoscimento indennità di risultato/produttività collettiva	
grado di conseguimento	percentuale di accesso alla quota annua di retribuzione risultato/produttività collettiva
≥ 95%	100%
60%-94%	in proporzione rispetto al 95%
< 60%	0%

Le percentuali vengono calcolate arrotondate per eccesso o per difetto al numero intero.



Valutato dall'Organismo Indipendente di Valutazione (Verbali n. 10 del 16/04/2019, n. 11 del 27/06/2019 e n. 12 del 24/07/2019)

**Volumi di attività**

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE	Monitoraggio
consolidamento indagini per tumore polmone EGFR e ALK	% di richieste di biopsia liquida di pz trattati con i principi attivi diretti contro EGFR e ALK deve essere evasa.	≥ 90%	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	25%	il 100% delle richieste di biopsia liquida ricevute è stato evaso sia per pazienti in trattamento con principi attivi diretti contro EGFR che con principi attivi diretti contro ALK (nota del direttore della struttura del 21.05.2019). A supporto di tale nota è stata trasmessa dal richiedente di questi esami una mail datata 18.06.2019 che conferma l'evasione da parte della struttura di tutte le richieste di biopsia liquida.
					100,00%

**Efficienza operativa, appropriatezza e accessibilità**

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE	Monitoraggio
monitoraggio dei tempi di refertazione per gli esami diagnostici	garantire il tempo medio di refertazione per i singoli esami	tempo medio di refertazione di 10 giorni	Il risultato viene valutato come media di raggiungimento del target dei singoli esami	5%	tempo medio di tutti gli esami: 7,8 (mail del responsabile del 25.06.2019 validata dal direttore di dipartimento)
					100,00%

## Attuazione atto aziendale

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE	Monitoraggio
Dare completa attuazione alle 4 piattaforme previste nel regolamento attuativo dell'atto aziendale	documento condiviso dai direttori e responsabili delle strutture del dipartimento di definizione degli spazi e di assegnazione del personale e della strumentazione	entro il 31.12.2018	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% Lo stato di attuazione dell'obiettivo verrà relazionato dal direttore di dipartimento.	15%	Durante l'anno si sono tenuti diversi incontri finalizzati a condividere con i direttori/responsabili di struttura la distribuzione ottimale degli spazi a fronte della chiusura/ridefinizione di alcune attività del Dipartimento (es. Microbiologia), della strumentazione e dei diagnostici, come riportano le note di sintesi del direttore di dipartimento del 12.03.2019 e 09.04.2019. In sintesi, il punto di forza del modello organizzativo di Piattaforma Tecnologica (PT) è l'utilizzo condiviso delle risorse da parte di più SO riproducendo un sistema in grado di rispondere alle varie richieste. E' un modello organizzativo che identifica aree omogenee e permette l'utilizzo condiviso delle risorse per la gestione di attività affini rimodulando i processi per assicurare la più elevata flessibilità in risposta ai problemi clinici e i bisogni della ricerca delle SO. Con nota prot. 10971 del 19.06.2019 sono state descritte le quattro piattaforme con indicazione del personale e della strumentazione afferente. La direzione tenuto conto di quanto relazionato dal direttore di dipartimento ritiene l'obiettivo raggiunto.
					100,00%

## consumi prodotti sanitari

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE	Monitoraggio
contenimento consumi prodotti sanitari (esclusi farmaci)	importo assegnato per attività istituzionale e di ricerca corrente	≤ € 335.000	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%. Il target potrà essere rivisto a seguito della programmazione della ricerca corrente da parte della direzione scientifica	5%	€ 356.174
					0,00%

# Ricerca

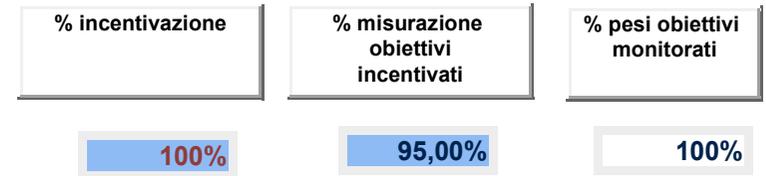
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE	Monitoraggio
<b>Promuovere uno studio regionale di fase II per la scelta della terapia di seconda linea per il tumore ovarico basato sull'espressione di biomarcatori molecolari</b>	presentazione protocollo al comitato etico	<b>entro il 31.12.2018</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	con nota prot. 17147 del 29.05.2018 il Comitato Etico ha espresso parere favorevole definitivo allo studio "Utilizzo di nuovi marcatori molecolari per una terapia personalizzata nel carcinoma epiteliale dell'ovaio" (mail del responsabile in data 03.10.2018)
<b>100,00%</b>					
<b>Mantenimento livello di produzione scientifica</b>	1. punti di impact factor normalizzato frazionato (≥ media quinquennale 2013-2017) 2. impact factor normalizzato totale aziendale	<b>1 ≥ 88,011</b> <b>2. ≥ IF normalizzato aziendale anno 2017</b>	vengono riconosciuti: - franchigia: 7% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: 44. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: 81,9. Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo. 2. Il risultato viene valutato come segue: valore I.F. normalizzato aziendale ≥ valore 2017 = 100% valore I.F. normalizzato aziendale < valore 2017 = 0% L'obiettivo viene raggiunto al 100% se viene rispettato almeno uno dei due target	40%	1. indicatore: 52,72; 2. indicatore: valore anno 2018: 1.183,80; valore anno 2017: 1.067,10
<b>100,00%</b>					
<b>miglioramento della produzione scientifica</b>	partecipazione da parte del personale della struttura ad almeno un incontro di formazione, organizzato dalla biblioteca, su indicatori di produttività scientifica	<b>garantire la partecipazione di almeno il 50% del personale dirigente strutturato e 50% del personale di ricerca non strutturato</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	1. 86% dei dirigenti strutturati ha partecipato ad almeno un incontro 2. 95% dei dirigenti strutturati ha partecipato ad almeno un incontro
<b>100,00%</b>					

# Sintesi valutazione SOC Oncologia Molecolare e Modelli Preclinici di Progressione Tumorale

ANNO 2018

Scala di verifica e valutazione della performance raccordata con scala di riconoscimento indennità di risultato/produktività collettiva	
grado di conseguimento	percentuale di accesso alla quota annua di retribuzione risultato/produktività collettiva
≥ 95%	100%
60%-94%	in proporzione rispetto al 95%
< 60%	0%

Le percentuali vengono calcolate arrotondate per eccesso o per difetto al numero intero.



Valutato dall'Organismo Indipendente di Valutazione (Verbali n. 10 del 16/04/2019, n. 11 del 27/06/2019 e n. 12 del 24/07/2019)

Volumi di attività

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE	Monitoraggio
progetto Horizon Polimorfismo	numero pazienti arruolati in trial	≥ 200	viene riconosciuta una franchigia del 10% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%. Al di sotto della franchigia l'obiettivo non è raggiunto	10%	<p>pazienti arruolati: CRO 187 ROMA 118 TREVISO 125 TOT. 430 (mail del responsabile in data 25.03.2019)</p> <p>100,00%</p>
Attivazione ambulatorio Epatocarcinoma	numero prestazioni totali refertate	≥ 500	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%.	15%	<p>687</p> <p>100,00%</p>

## Attuazione atto aziendale

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE	Monitoraggio
Dare completa attuazione alle 4 piattaforme previste nel regolamento attuativo dell'atto aziendale	documento condiviso dai direttori e responsabili delle strutture del dipartimento di definizione degli spazi e di assegnazione del personale e della strumentazione	entro il 31.12.2018	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% Lo stato di attuazione dell'obiettivo verrà relazionato dal direttore di dipartimento.	15%	Durante l'anno si sono tenuti diversi incontri finalizzati a condividere con i direttori/responsabili di struttura la distribuzione ottimale degli spazi a fronte della chiusura/ridefinizione di alcune attività del Dipartimento (es. Microbiologia), della strumentazione e dei diagnostici, come riportano le note di sintesi del direttore di dipartimento del 12.03.2019 e 09.04.2019. In sintesi, il punto di forza del modello organizzativo di Piattaforma Tecnologica (PT) è l'utilizzo condiviso delle risorse da parte di più SO riproducendo un sistema in grado di rispondere alle varie richieste. E' un modello organizzativo che identifica aree omogenee e permette l'utilizzo condiviso delle risorse per la gestione di attività affini rimodulando i processi per assicurare la più elevata flessibilità in risposta ai problemi clinici e i bisogni della ricerca delle SO. Con nota prot. 10971 del 19.06.2019 sono state descritte le quattro piattaforme con indicazione del personale e della strumentazione afferente. La direzione tenuto conto di quanto relazionato dal direttore di dipartimento ritiene l'obiettivo raggiunto.
					100,00%

## consumi prodotti sanitari

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE	Monitoraggio
contenimento consumi prodotti sanitari (esclusi farmaci)	importo assegnato per attività istituzionale e di ricerca corrente	≤ € 179.000	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%. Il target potrà essere rivisto a seguito della programmazione della ricerca corrente da parte della direzione scientifica.	5%	con nota prot. 23651 del 13.12.2018 il direttore sanitario ha autorizzato un incremento di spesa di € 10.000. Il consumo effettivo è di € 186.412
					100,00%

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE	Monitoraggio
promuovere la sperimentazione clinica di fase I	numero linee specifiche di sviluppo	almeno 3	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	sono in corso complessivamente nove linee di fase I di cui due concluse nel corso dell'anno 2018 (monitoraggio del direttore della struttura con nota prot. 21884 del 19.11.2018 che riporta la valutazione positiva del Direttore Sanitario)
					100,00%
Mantenimento livello di produzione scientifica	1. punti di impact factor normalizzato frazionato (≥ media quinquennale 2013-2017) 2. impact factor normalizzato totale aziendale	1. ≥ 93,369 2. ≥ IF normalizzato aziendale anno 2017	vengono riconosciuti: - franchigia: 7% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: 46,69. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: 86,83. Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo. 2. Il risultato viene valutato come segue: valore I.F. normalizzato aziendale ≥ valore 2017 = 100% valore I.F. normalizzato aziendale < valore 2017 = 0% L'obiettivo viene raggiunto al 100% se viene rispettato almeno uno dei due target	40%	1. indicatore: 125,69; 2. indicatore: valore anno 2018: 1.183,80; valore anno 2017: 1.067,10
					100,00%
miglioramento della produzione scientifica	partecipazione da parte del personale della struttura ad almeno un incontro di formazione, organizzato dalla biblioteca, su indicatori di produttività scientifica	garantire la partecipazione di almeno il 50% del personale dirigente strutturato e 50% del personale di ricerca non strutturato	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	1. 100% dei dirigenti strutturati ha partecipato ad almeno un incontro 2. 67% del personale di ricerca non strutturato ha partecipato ad almeno un corso.
					100,00%
presentazione piano strategico della struttura	presentazione programma triennale	entro 31 dicembre 2018	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	progetto inviato alla direzione con mail del 03.10.2018 del direttore di struttura
					100,00%

## Sintesi valutazione SOC Farmacologia Sperimentale e Clinica

ANNO 2018

Scala di verifica e valutazione della performance raccordata con scala di riconoscimento indennità di risultato/produttività collettiva	
grado di conseguimento	percentuale di accesso alla quota annua di retribuzione risultato/produttività collettiva
≥ 95%	100%
60%-94%	in proporzione rispetto al 95%
< 60%	0%

Le percentuali vengono calcolate arrotondate per eccesso o per difetto al numero intero.

% incentivazione

100%

% misurazione obiettivi incentivati

100,00%

% pesi obiettivi monitorati

100%

Valutato dall'Organismo Indipendente di Valutazione (Verbali n. 10 del 16/04/2019, n. 11 del 27/06/2019 e n. 12 del 24/07/2019)

Volumi di attività

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE	Monitoraggio
Mantenimento volumi attività anno 2016	Valore attività per esterni e per interni	≥ 2.500.000	<p>vengono riconosciuti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- franchigia: 1% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%</li> <li>- limite inferiore: € 2.375.000. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto.</li> <li>- limite superiore: € 2.475.000.</li> </ul> <p>Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo.</p> <p>Nella valutazione dell'obiettivo si terrà conto dello stato di attuazione dell'integrazione con l'AAS 5 della funzione dei laboratori</p>	45%	€ 2.701.179

100,00%

## Attuazione atto aziendale

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE	Monitoraggio
Dare completa attuazione alle 4 piattaforme previste nel regolamento attuativo dell'atto aziendale	documento condiviso dai direttori e responsabili delle strutture del dipartimento di definizione degli spazi e di assegnazione del personale e della strumentazione	entro il 31.12.2018	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% Lo stato di attuazione dell'obiettivo verrà relazionato dal direttore di dipartimento.	15%	Durante l'anno si sono tenuti diversi incontri finalizzati a condividere con i direttori/responsabili di struttura la distribuzione ottimale degli spazi a fronte della chiusura/ridefinizione di alcune attività del Dipartimento (es. Microbiologia), della strumentazione e dei diagnostici, come riportano le note di sintesi del direttore di dipartimento del 12.03.2019 e 09.04.2019. In sintesi, il punto di forza del modello organizzativo di Piattaforma Tecnologica (PT) è l'utilizzo condiviso delle risorse da parte di più SO riproducendo un sistema in grado di rispondere alle varie richieste. E' un modello organizzativo che identifica aree omogenee e permette l'utilizzo condiviso delle risorse per la gestione di attività affini rimodulando i processi per assicurare la più elevata flessibilità in risposta ai problemi clinici e i bisogni della ricerca delle SO. Con nota prot. 10971 del 19.06.2019 sono state descritte le quattro piattaforme con indicazione del personale e della strumentazione afferente. La direzione tenuto conto di quanto relazionato dal direttore di dipartimento ritiene l'obiettivo raggiunto.
					100,00%

## consumi prodotti sanitari

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE	Monitoraggio
contenimento consumi prodotti sanitari	rapporto tra consumi di prodotti sanitari e valore della produzione (attività di specialistica ambulatoriale per esterni e interni)	≤ 41,19%	Viene riconosciuta una franchigia del 3% (sul target) entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%. Al di sotto della franchigia l'obiettivo non è raggiunto	5%	41,53%
					100,00%

## Linee progettuali regionali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE	Monitoraggio
Linea 3.1.4. medicina di laboratorio: organizzazione della Bio-banca regionale	creazione di una piattaforma unica regionale	evidenza della piattaforma	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	15%	Al 31.12.2018 le Aziende di Udine, Trieste e Pordenone hanno risposto alla richiesta di mappatura delle Biobanche/Collezioni. La piattaforma unica regionale è definita con l'architettura presente ad Aviano. (mail del responsabile della struttura del 11.04.2019)
					100,00%

## Ricerca

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE	Monitoraggio
Mantenimento livello di produzione scientifica	1. punti di impact factor normalizzato frazionato ( $\geq$ media quinquennale 2013-2017) 2. impact factor normalizzato totale aziendale	1 $\geq$ 78,742 2. $\geq$ IF normalizzato aziendale anno 2017	vengono riconosciuti: - franchigia: 7% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: 39,37. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: 73,23. Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo.2. Il risultato viene valutato come segue: valore I.F. normalizzato aziendale $\geq$ valore 2017 = 100% valore I.F. normalizzato aziendale $<$ valore 2017 = 0% L'obiettivo viene raggiunto al 100% se viene rispettato almeno uno dei due target	15%	1. indicatore: 68,23; 2. indicatore: valore anno 2018: 1.183,80; valore anno 2017: 1.067,10
					100,00%
miglioramento della produzione scientifica	partecipazione da parte del personale della struttura ad almeno un incontro di formazione, organizzato dalla biblioteca, su indicatori di produttività scientifica	garantire la partecipazione di almeno il 50% del personale dirigente strutturato e 50% del personale di ricerca non strutturato	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	1. 63% dei dirigenti strutturati ha partecipato ad almeno un incontro 2. 50% dei dirigenti strutturati ha partecipato ad almeno un incontro
					100,00%

## Sintesi valutazione SOC Immunopatologia e Biomarcatori Oncologici

ANNO 2018

Scala di verifica e valutazione della performance raccordata con scala di riconoscimento indennità di risultato/produttività collettiva	
grado di conseguimento	percentuale di accesso alla quota annua di retribuzione risultato/produttività collettiva
≥ 95%	100%
60%-94%	in proporzione rispetto al 95%
< 60%	0%

Le percentuali vengono calcolate arrotondate per eccesso o per difetto al numero intero.

% incentivazione

100%

% misurazione obiettivi incentivati

100,00%

% pesi obiettivi monitorati

100%

Valutato dall'Organismo Indipendente di Valutazione (Verbali n. 10 del 16/04/2019, n. 11 del 27/06/2019 e n. 12 del 24/07/2019)

### Volumi di attività

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE	Monitoraggio
mantenimento produzione storica	valore di produzione	≥ € 2.000.000	<p>vengono riconosciuti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- franchigia: 1% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%</li> <li>- limite inferiore: € 1.900.000. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto.</li> <li>- limite superiore: € 1.980.000.</li> </ul> <p>Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo.</p>	30%	€ 2.532.777
					100,00%

### Attuazione atto aziendale

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE	Monitoraggio
Dare completa attuazione alle 4 piattaforme previste nel regolamento attuativo dell'atto aziendale	documento condiviso dai direttori e responsabili delle strutture del dipartimento di definizione degli spazi e di assegnazione del personale e della strumentazione	entro il 31.12.2018	<p>Il risultato viene valutato come segue:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>se il risultato è sì = 100%</li> <li>se il risultato è no = 0%</li> </ul> <p>Lo stato di attuazione dell'obiettivo verrà relazionato dal direttore di dipartimento.</p>	15%	<p>Durante l'anno si sono tenuti diversi incontri finalizzati a condividere con i direttori/responsabili di struttura la distribuzione ottimale degli spazi a fronte della chiusura/ridefinizione di alcune attività del Dipartimento (es. Microbiologia), della strumentazione e dei diagnostici, come riportano le note di sintesi del direttore di dipartimento del 12.03.2019 e 09.04.2019. In sintesi, il punto di forza del modello organizzativo di Piattaforma Tecnologica (PT) è l'utilizzo condiviso delle risorse da parte di più SO riproducendo un sistema in grado di rispondere alle varie richieste. E' un modello organizzativo che identifica aree omogenee e permette l'utilizzo condiviso delle risorse per la gestione di attività affini rimodulando i processi per assicurare la più elevata flessibilità in risposta ai problemi clinici e i bisogni della ricerca delle SO. Con nota prot. 10971 del 19.06.2019 sono state descritte le quattro piattaforme con indicazione del personale e della strumentazione afferente. La direzione tenuto conto di quanto relazionato dal direttore di dipartimento ritiene l'obiettivo raggiunto.</p>
					100,00%

## Implementazione core facility a valenza dipartimentale

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE	Monitoraggio
riorganizzazione della piattaforma di citofluorimetria	integrazione della piattaforma di citofluorimetria con Image Stream	evidenza formale dell'accorpamento	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	La piattaforma è operativa e ha personale e strumentazione assegnati. Nel corso del 2018 è stata effettuata la procedura per l'Upgrade dell'Image Stream Mark II assegnando la strumentazione al centro di costo di oncematologia. La completa integrazione con la piattaforma di Image Stream è vincolata alla ridefinizione degli spazi.
					100,00%

## consumi prodotti sanitari

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE	Monitoraggio
contenimento consumi prodotti sanitari	rapporto tra consumi di prodotti sanitari e valore della produzione (attività di specialistica ambulatoriale per esterni e interni)	≤ 16,15% (mantenimento del rapporto periodo gennaio-agosto 2018)	Viene riconosciuta una franchigia del 3% (sul target) entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%. Al di sotto della franchigia l'obiettivo non è raggiunto	5%	15,62%
					100,00%

# Ricerca

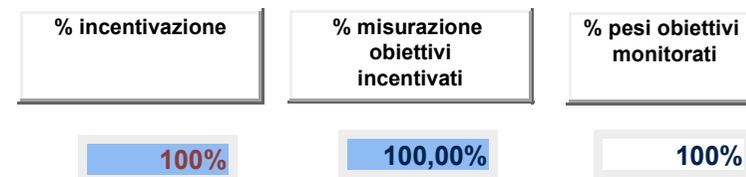
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE	Monitoraggio
Mantenimento livello di produzione scientifica	1. punti di impact factor normalizzato frazionato (≥ media quinquennale 2013-2017) 2. impact factor normalizzato totale aziendale	1 ≥ 52,085 2. ≥ IF normalizzato aziendale anno 2017	vengono riconosciuti: - franchigia: 7% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: 26,04. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: 48,44. Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo. 2. Il risultato viene valutato come segue: valore I.F. normalizzato aziendale ≥ valore 2017 = 100% valore I.F. normalizzato aziendale < valore 2017 = 0% L'obiettivo viene raggiunto al 100% se viene rispettato almeno uno dei due target	40%	1. indicatore: 53,43; 2. indicatore: valore anno 2018: 1.183,80; valore anno 2017: 1.067,10
miglioramento della produzione scientifica	partecipazione da parte del personale della struttura ad almeno un incontro di formazione, organizzato dalla biblioteca, su indicatori di produttività scientifica	garantire la partecipazione di almeno il 50% del personale dirigente strutturato e 50% del personale di ricerca non strutturato	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	1. 60% dei dirigenti strutturati ha partecipato ad almeno un incontro 2. 63% del personale di ricerca non strutturato ha partecipato ad almeno un corso.

## Sintesi valutazione SOC Oncoematologia Clinico Sperimentale

ANNO 2018

grado di conseguimento	percentuale di accesso alla quota annua di retribuzione risultato/produttività collettiva
≥ 95%	100%
60%-94%	in proporzione rispetto al 95%
< 60%	0%

Le percentuali vengono calcolate arrotondate per eccesso o per difetto al numero intero.



Valutato dall'Organismo Indipendente di Valutazione (Verbali n. 10 del 16/04/2019, n. 11 del 27/06/2019 e n. 12 del 24/07/2019)

Volumi di attività

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE	Monitoraggio
Mantenimento volumi e produttività storica (per esterni e interni)	Valore di produzione per medico (nell'attività per esterni è esclusa l'attività a favore del Policlinico)	≥ € 224.000	vengono riconosciuti: - franchigia: 1% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: € 217.000 Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: € 221.760. Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo.	40%	€ 382.995
					100,00%

## Efficienza operativa, appropriatezza e accessibilità

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE	Monitoraggio
Utilizzo del sistema di refertazione vocale	% di refertazione vocale sul totale dei referti (esclusi CIT e PAP)	≥ 60%	<p>vengono riconosciuti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- franchigia: 3% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%</li> <li>- limite inferiore: 57%. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto.</li> <li>- limite superiore: 58,2%.</li> </ul> <p>Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo.</p>	15%	<p>55,63%.</p> <p>Tenuto conto della nota prot. 11049 del 26.06.2019 del responsabile della struttura e di quanto riportato dall'OIV nel verbale n. 12 del 24.07.2019, l'obiettivo viene valutato secondo un criterio proporzionale</p>
Monitoraggio dei tempi di refertazione per le prestazioni per interni	garantire i seguenti tempi di refertazione: ≤ 8 giorni per le piccole biopsie; ≤ 15 giorni per i prodotti chirurgici e le biopsie escissionali	85% dei referti rispettano i tempi di refertazione.	<p>vengono riconosciuti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- franchigia: 3% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%</li> <li>- limite inferiore: 80,60%. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto.</li> <li>- limite superiore: 82,45%.</li> </ul> <p>Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo. L'obiettivo potrà essere revisionato in sede di 2° revisione in rapporto alla criticità in termini di risorse umane (dirigenti medici).</p>		OBIETTIVO ELIMINATO

95,58%

## Attuazione atto aziendale

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE	Monitoraggio
Dare completa attuazione alle 4 piattaforme previste nel regolamento attuativo dell'atto aziendale	documento condiviso dai direttori e responsabili delle strutture del dipartimento di definizione degli spazi e di assegnazione del personale e della strumentazione	entro il 31.12.2018	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% Lo stato di attuazione dell'obiettivo verrà relazionato dal direttore di dipartimento.	15%	Durante l'anno si sono tenuti diversi incontri finalizzati a condividere con i direttori/responsabili di struttura la distribuzione ottimale degli spazi a fronte della chiusura/ridefinizione di alcune attività del Dipartimento (es. Microbiologia), della strumentazione e dei diagnostici, come riportano le note di sintesi del direttore di dipartimento del 12.03.2019 e 09.04.2019. In sintesi, il punto di forza del modello organizzativo di Piattaforma Tecnologica (PT) è l'utilizzo condiviso delle risorse da parte di più SO riproducendo un sistema in grado di rispondere alle varie richieste. E' un modello organizzativo che identifica aree omogenee e permette l'utilizzo condiviso delle risorse per la gestione di attività affini rimodulando i processi per assicurare la più elevata flessibilità in risposta ai problemi clinici e i bisogni della ricerca delle SO. Con nota prot. 10971 del 19.06.2019 sono state descritte le quattro piattaforme con indicazione del personale e della strumentazione afferente. La direzione tenuto conto di quanto relazionato dal direttore di dipartimento ritiene l'obiettivo raggiunto.
					100,00%

## consumi prodotti sanitari

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE	Monitoraggio
contenimento consumi prodotti sanitari (esclusi farmaci)	importo assegnato per attività istituzionale e di ricerca corrente	≤ € 502.000	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%. Il target potrà essere rivisto a seguito della programmazione della ricerca corrente da parte della direzione scientifica	5%	€ 691.159
					Lo sfioramento del budget è legato all'aumento di attività utilizzando fondi di ricerca corrente (nota prot. 11049 del 26.06.2019 del direttore della struttura)
					0,00%

# Ricerca

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE	Monitoraggio
Mantenimento livello di produzione scientifica	1. punti di impact factor normalizzato frazionato (≥ media quinquennale 2013-2017) 2. impact factor normalizzato totale aziendale	1. ≥ 38 2. ≥ IF normalizzato aziendale anno 2017	vengono riconosciuti: - franchigia: 7% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: 19. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: 35,34. Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo. 2. Il risultato viene valutato come segue: valore I.F. normalizzato aziendale ≥ valore 2017 = 100% valore I.F. normalizzato aziendale < valore 2017 = 0% L'obiettivo viene raggiunto al 100% se viene rispettato almeno uno dei due target	20%	1. indicatore: 84,40; 2. indicatore: valore anno 2018: 1.183,80; valore anno 2017: 1.067,10
miglioramento della produzione scientifica	partecipazione da parte del personale della struttura ad almeno un incontro di formazione, organizzato dalla biblioteca, su indicatori di produttività scientifica	garantire la partecipazione di almeno il 50% del personale dirigente strutturato e 50% del personale di ricerca non strutturato	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		OBIETTIVO ELIMINATO
Progetti di fase I	arruolamento o screening di pazienti	almeno 1 entro il 31.12.2018	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	n. 1 paziente arruolato in Fase 1 dal 08/11/2018 al 23/11/18 (n. SDO 5203/18, onere della degenza: altro)

## Sintesi valutazione SOSD Anatomia Patologica ad indirizzo oncologico

ANNO 2018

Scala di verifica e valutazione della performance raccordata con scala di riconoscimento indennità di risultato/produttività collettiva	
grado di conseguimento	percentuale di accesso alla quota annua di retribuzione risultato/produttività collettiva
≥ 95%	100%
60%-94%	in proporzione rispetto al 95%
< 60%	0%

Le percentuali vengono calcolate arrotondate per eccesso o per difetto al numero intero.

% incentivazione

99%

% misurazione obiettivi incentivati

94,34%

% pesi obiettivi monitorati

100%

Valutato dall'Organismo Indipendente di Valutazione (Verbali n. 10 del 16/04/2019, n. 11 del 27/06/2019 e n. 12 del 24/07/2019)

**Volumi di attività**

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE	Monitoraggio
Contributo all'attività trapiantologica	numero trapianti	≥ 45	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	15%	45

100,00%

**Attuazione atto aziendale**

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE	Monitoraggio
Dare completa attuazione alle 4 piattaforme previste nel regolamento attuativo dell'atto aziendale	documento condiviso dai direttori e responsabili delle strutture del dipartimento di definizione degli spazi e di assegnazione del personale e della strumentazione	entro il 31.12.2018	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% Lo stato di attuazione dell'obiettivo verrà relazionato dal direttore di dipartimento.	15%	Durante l'anno si sono tenuti diversi incontri finalizzati a condividere con i direttori/responsabili di struttura la distribuzione ottimale degli spazi a fronte della chiusura/ridefinizione di alcune attività del Dipartimento (es. Microbiologia), della strumentazione e dei diagnostici, come riportano le note di sintesi del direttore di dipartimento del 12.03.2019 e 09.04.2019. In sintesi, il punto di forza del modello organizzativo di Piattaforma Tecnologica (PT) è l'utilizzo condiviso delle risorse da parte di più SO riproducendo un sistema in grado di rispondere alle varie richieste. E' un modello organizzativo che identifica aree omogenee e permette l'utilizzo condiviso delle risorse per la gestione di attività affini rimodulando i processi per assicurare la più elevata flessibilità in risposta ai problemi clinici e i bisogni della ricerca delle SO. Con nota prot. 10971 del 19.06.2019 sono state descritte le quattro piattaforme con indicazione del personale e della strumentazione afferente. La direzione tenuto conto di quanto relazionato dal direttore di dipartimento ritiene l'obiettivo raggiunto.

100,00%

## consumi prodotti sanitari

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE	Monitoraggio
contenimento consumi prodotti sanitari (esclusi farmaci)	importo assegnato per attività istituzionale e di ricerca corrente	≤ € 70.000	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%. Il target potrà essere rivisto a seguito della programmazione della ricerca corrente da parte della direzione scientifica	5%	€ 70.359
					0,00%

## Linee progettuali regionali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE	Monitoraggio
Linea progettuale 3.1.9. Documenti regionali: Coordinamento, predisposizione documento congiunto e definizione cronogramma per l'avvio della Cell Factory Regionale attivato dalla DCS	predisposizione documento per l'organizzazione della cell factory regionale	entro 31.12.2018	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	10%	Il documento congiunto e il cronoprogramma aggiornato della cell factory regionale sono stati definiti (mail del responsabile in data 25.03.2019)
					100,00%

# Ricerca

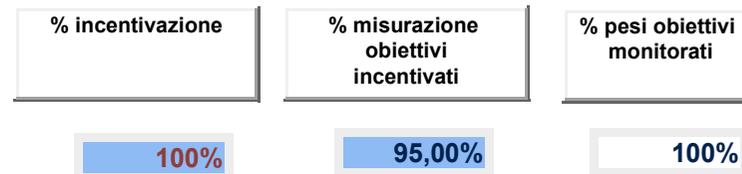
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE	Monitoraggio
Mantenimento livello di produzione scientifica	1. punti di impact factor normalizzato frazionato (≥ media quinquennale 2013-2017) 2. impact factor normalizzato totale aziendale	1. ≥ 16,36 2. ≥ IF normalizzato aziendale anno 2017	vengono riconosciuti: - franchigia: 7% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: 8,18. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: 15,21. Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo. 2. Il risultato viene valutato come segue: valore I.F. normalizzato aziendale ≥ valore 2017 = 100% valore I.F. normalizzato aziendale < valore 2017 = 0% L'obiettivo viene raggiunto al 100% se viene rispettato almeno uno dei due target	25%	1. indicatore: 9,48; 2. indicatore: valore anno 2018: 1.183,80; valore anno 2017: 1.067,10
miglioramento della produzione scientifica	partecipazione da parte del personale della struttura ad almeno un incontro di formazione, organizzato dalla biblioteca, su indicatori di produttività scientifica	garantire la partecipazione di almeno il 50% del personale dirigente strutturato e 50% del personale di ricerca non strutturato	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	1. 100% dei dirigenti strutturati hanno partecipato ad almeno un incontro; 2. 100% del personale di ricerca non strutturato ha partecipato ad almeno un incontro.
progetto di fase I b di ricostruzione mammaria (lipofilling)	- sottomissione del protocollo al comitato etico regionale - numero pazienti arruolati	1 paziente entro il 31.12	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	10%	Il progetto è stato presentato ed approvato dal CEUR nella seduta del 20 novembre 2018. Non è stato possibile arruolare entro il 31.12.2018 perché la polizza assicurativa è stata stipulata il 14.01.2019. (mail del responsabile della SOSD Trattamento di cellule staminali per le terapie cellulari in data 25.03.2019). Tuttavia come riporta il responsabile della SOSD nella mail del 21.05.2019, nel mese di maggio 2019 sono stati arruolati due pazienti dando così il via al progetto. La direzione, vista l'attività svolta, ritiene l'obiettivo raggiunto.
Progetti di fase I	arruolamento o screening di pazienti	almeno 1 entro il 31.12.2018	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	15%	n. 1 paziente arruolato in Fase 1 dal 08/11/2018 al 23/11/18 (n. SDO 5203/18, onere della degenza: altro)

## Sintesi valutazione SOSD Trattamento di cellule staminali per le terapie cellulari

ANNO 2018

Scala di verifica e valutazione della performance raccordata con scala di riconoscimento indennità di risultato/produktività collettiva	
grado di conseguimento	percentuale di accesso alla quota annua di retribuzione risultato/produktività collettiva
≥ 95%	100%
60%-94%	in proporzione rispetto al 95%
< 60%	0%

Le percentuali vengono calcolate arrotondate per eccesso o per difetto al numero intero.



Valutato dall'Organismo Indipendente di Valutazione (Verbali n. 10 del 16/04/2019, n. 11 del 27/06/2019 e n. 12 del 24/07/2019)

### Volumi di attività

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE	Monitoraggio
Garantire l'attività dell'unità farmaci antiblastici	Contribuire alla produzione personalizzata dei trattamenti chemioterapici	Evasione del 100% della domanda di copertura turni	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%. Lo stato di attuazione dell'obiettivo verrà relazionato dalla posizione organizzativa e dal direttore della farmacia	55%	Sono stati coperti al 100% tutti i turni necessari alla produzione dei farmaci antiblastici per il CRO e l'Area Vasta Pordenonese come si evince dai piani di lavoro (mail del 25.03.2019 della posizione organizzativa)
					100,00%

### Attuazione atto aziendale

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE	Monitoraggio
Dare completa attuazione alle 4 piattaforme previste nel regolamento attuativo dell'atto aziendale	documento condiviso dai direttori e responsabili delle strutture del dipartimento di definizione degli spazi e di assegnazione del personale e della strumentazione	Entro il 31.12.2018	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%. Lo stato di attuazione dell'obiettivo verrà relazionato dal direttore di dipartimento.	15%	Durante l'anno si sono tenuti diversi incontri finalizzati a condividere con i direttori/responsabili di struttura la distribuzione ottimale degli spazi a fronte della chiusura/ridefinizione di alcune attività del Dipartimento (es. Microbiologia), della strumentazione e dei diagnostici, come riportano le note di sintesi del direttore di dipartimento del 12.03.2019 e 09.04.2019. In sintesi, il punto di forza del modello organizzativo di Piattaforma Tecnologica (PT) è l'utilizzo condiviso delle risorse da parte di più SO riproducendo un sistema in grado di rispondere alle varie richieste. E' un modello organizzativo che identifica aree omogenee e permette l'utilizzo condiviso delle risorse per la gestione di attività affini rimodulando i processi per assicurare la più elevata flessibilità in risposta ai problemi clinici e i bisogni della ricerca delle SO. Con nota prot. 10971 del 19.06.2019 sono state descritte le quattro piattaforme con indicazione del personale e della strumentazione afferente. La direzione tenuto conto di quanto relazionato dal direttore di dipartimento ritiene l'obiettivo raggiunto.
					100,00%

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE	Monitoraggio
Supporto allo sviluppo della produzione scientifica delle strutture del dipartimento	1. Punti di impact factor normalizzato frazionato; 2. impact factor normalizzato totale aziendale.	Rispetto degli obiettivi definiti nelle schede di budget delle strutture operative del dipartimento	Il risultato è valutato come media del raggiungimento degli obiettivi contenuti nelle schede di budget delle strutture del dipartimento	30%	risultati obiettivi presenti nelle schede di budget delle strutture: 1° indicatore: 432,42; 2. indicatore: 1.183,80
					100,00%

ANNO 2018

Scala di verifica e valutazione della performance raccordata con scala di riconoscimento indennità di risultato/produttività collettiva

grado di conseguimento	percentuale di accesso alla quota annua di retribuzione risultato/produttività collettiva
≥ 95%	100%
60%-94%	in proporzione rispetto al 95%
< 60%	0%

Le percentuali vengono calcolate arrotondate per eccesso o per difetto al numero intero.

personale comparto

% incentivazione

100%

% misurazione obiettivi incentivati

100,00%

% pesi obiettivi monitorati

100%

Valutato dall'Organismo Indipendente di Valutazione (Verbali n. 10 del 16/04/2019, n. 11 del 27/06/2019 e n. 12 del 24/07/2019)

Volumi di attività

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			Monitoraggio
				dirigenza	PO (*)	comparto	
Mantenimento volumi e produttività storica	Valore di produzione per medico	≥ € 520.000	vengono riconosciuti: - franchigia: 1% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: € 504.000. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: € 514.800. Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo. L'obiettivo potrà essere rivisto in sede di 2° revisione di budget in rapporto alle risorse di dirigente medico presenti.	35%	0%	0%	€ 600.079
							100,00%
Mantenimento volumi e produttività storica	numero di prestazioni (escluse visite ed ecografie)	≥ 20.072	vengono riconosciuti: - franchigia: 3% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: 18.800. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: 19.470. Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo. L'obiettivo potrà essere rivisto in sede di 2° revisione di budget in rapporto alle risorse di dirigente medico presenti.	0%	20%	90%	20.523
							100,00%
Prosecuzione dell'attività di diagnostica PET/CT con MDC	numero di pet/ct con mdc	≥ 35	viene riconosciuta una franchigia del 5% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%. Al di sotto della franchigia l'obiettivo non è raggiunto.	5%	0%	10%	57
							100,00%

## Efficienza operativa, appropriatezza e accessibilità

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			Monitoraggio
				dirigenza	PO (*)	comparto	
Rispetto degli standard sui Tempi max di attesa TAC	indice di performance per priorità B (tac con e senza mdc: torace, addome superiore, inferiore e completo, capo, rachide e speco vertebrale, bacino)	<b>1. target regionale: ≥ 95% priorità B</b> <b>2. mantenimento del numero di TAC ambulatoriali (anno 2017: 3.067)</b>	i target vengono valutati come segue: 1° target: ≥ 95% = 100% < 95% = 0% 2° target: numero TAC ambulatoriali ≥ anno 2017 = 100% numero TAC ambulatoriali < anno 2017 = 0%. L'obiettivo viene considerato raggiunto solo se viene rispettato almeno un target. L'obiettivo potrà essere rivisto in sede di 2° revisione di budget in rapporto alle risorse di dirigente medico presenti.	5%	0%	0%	1. % tempi di attesa: 78,05% 2. numero TAC: 3.393
							100,00%
Rispetto degli standard sui Tempi max di attesa TAC	indice di performance per priorità D (tac con e senza mdc: torace, addome superiore, inferiore e completo, capo, rachide e speco vertebrale, bacino)	<b>1. target regionale: ≥ 90% priorità D</b> <b>2. mantenimento del numero di TAC ambulatoriali (anno 2017: 3.067)</b>	i target vengono valutati come segue: 1° target: ≥ 90% = 100% < 90% = 0% 2° target: numero TAC ambulatoriali ≥ anno 2017 = 100% numero TAC ambulatoriali < anno 2017 = 0%. L'obiettivo viene considerato raggiunto solo se viene rispettato almeno un target. L'obiettivo potrà essere rivisto in sede di 2° revisione di budget in rapporto alle risorse di dirigente medico presenti.	5%	0%	0%	1. % tempi di attesa: 95,24% 2. numero TAC: 3.393
							100,00%
Rispetto degli standard sui Tempi max di attesa RMN	indice di performance per priorità B (RMN cervello e tronco encefalitico, pelvi, prostata e vescica, muscoloscheletrica, colonna vertebrale)	<b>1. target regionale: ≥ 95% priorità B</b> <b>2. mantenimento del numero di RMN ambulatoriali anno 2017: 2.519</b>	i target vengono valutati come segue: 1° target: ≥ 95% = 100% < 95% = 0% 2° target: numero di RMN ambulatoriali ≥ anno 2017 = 100% L'obiettivo potrà essere rivisto in sede di 2° revisione di budget in rapporto alle risorse di dirigente medico presenti.	5%	0%	0%	1. % tempi di attesa: 45,00% 2. numero RMN: 2.219
							0,00%

<b>Rispetto degli standard sui Tempi max di attesa RMN</b>	indice di performance per priorità D (RMN cervello e tronco encefalico, pelvi, prostata e vescica, muscoloscheletrica, colonna vertebrale)	<b>1. target regionale: ≥ 90% priorità D</b> <b>2. mantenimento del numero di RMN ambulatoriali (anno 2017: 2.519)</b>	i target vengono valutati come segue: 1° target: ≥ 90% = 100% < 90% = 0% 2° target: numero di RMN ambulatoriali ≥ anno 2017 = 100% numero di RMN ambulatoriali < anno 2017 = 0%. L'obiettivo viene considerato raggiunto solo se viene rispettato almeno un target. L'obiettivo potrà essere rivisto in sede di 2° revisione di budget in rapporto alle risorse di dirigente medico presenti.	<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;">0%</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">0%</div> </div>	1. % tempi di attesa: 92,24% 2. numero RMN: 2.219
--	--	---	---	---	--

100,00%

<b>Rispetto degli standard sui Tempi max di attesa per la mammografia</b>	indice di performance per priorità B	<b>1. target regionale: ≥ 95% priorità B</b> <b>2. mantenimento del numero di mammografie ambulatoriali anno 2017: 3.104</b>	i target vengono valutati come segue: 1° target: ≥ 95% = 100% < 95% = 0% 2° target: numero mammografie ambulatoriali ≥ anno 2017 = 100% numero mammografie ambulatoriali < anno 2017 = 0%. L'obiettivo viene considerato raggiunto solo se viene rispettato almeno un target. L'obiettivo potrà essere rivisto in sede di 2° revisione di budget in rapporto alle risorse di dirigente medico presenti.	<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;">0%</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">0%</div> </div>	1. % tempi di attesa: 100,00% 2. numero Mammografie: 3.227
---	--------------------------------------	---	---	---	---

100,00%

<b>Rispetto degli standard sui Tempi max di attesa per la mammografia</b>	indice di performance per priorità D	<b>1. target regionale: ≥ 90% priorità D</b> <b>2. mantenimento del numero di mammografie ambulatoriali anno 2017: 3.104</b>	i target vengono valutati come segue: 1° target: ≥ 90% = 100% < 90% = 0% 2° target: numero mammografie ambulatoriali ≥ anno 2017 = 100% numero mammografie ambulatoriali < anno 2017 = 0%. L'obiettivo viene considerato raggiunto solo se viene rispettato almeno un target. L'obiettivo potrà essere rivisto in sede di 2° revisione di budget in rapporto alle risorse di dirigente medico presenti.	<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;">0%</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">0%</div> </div>	1. % tempi di attesa: 100,00% 2. numero Mammografie: 3.227
---	--------------------------------------	---	---	---	---

100,00%

## Consumi prodotti sanitari

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			Monitoraggio
				dirigenza	PO (*)	comparto	
Rispetto budget prodotti sanitari in rapporto all'attività svolta	Rapporto tra consumo di prodotti sanitari e valore della produzione	≤ 18%	l'obiettivo viene valutato come segue: ≤ 18% = 100% > 18% e ≤ 20% = in proporzione all'intervallo > 20% = 0%	10%	0%	0%	16,17%
							100,00%

## Linee progettuali regionali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			Monitoraggio
				dirigenza	PO (*)	comparto	
linea progettuale: screening mammografico	Garantire la corretta chiusura dell'esito dei casi di secondo livello dello screening mammografico nel G2 clinico: percentuale di casi di secondo livello chiusi correttamente	≥ 95%	I risultati vengono valutati come segue: ≥ 95%= 100% < 95% = 0%	5%	0%	0%	tutti i casi sono stati chiusi correttamente (monitoraggio dal parte dell'unità di screening dell'AAS 5 con mail del 19.04.2019)
							100,00%

linea progettuale: screening mammografico	ridurre i richiami intermedi (early recall) dopo approfondimento (casi con esito di secondo livello "sospeso"/totale dei casi chiusi dall'unità senologica	< 10	I risultati vengono valutati come segue valore < 10 = 100% valore ≥ 10 = 0%	5%	0%	0%	6,9 (22 su 320 casi - monitoraggio dal parte dell'unità di screening dell'AAS 5 con mail del 19.04.2019)
							100,00%

# Ricerca

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			Monitoraggio
				dirigenza	PO (*)	comparto	
Mantenimento livello di produzione scientifica	1. punti di impact factor normalizzato frazionato (≥ media quinquennale 2013-2017) 2. impact factor normalizzato totale aziendale	1 ≥ 2,176 2. ≥ IF normalizzato aziendale anno 2017	vengono riconosciuti: - franchigia: 7% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: 1,09. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: 2,02. Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo. 2. Il risultato viene valutato come segue: valore I.F. normalizzato aziendale ≥ valore 2017 = 100% valore I.F. normalizzato aziendale < valore 2017 = 0% L'obiettivo viene raggiunto al 100% se viene rispettato almeno uno dei due target	5%	0%	0%	1. indicatore: 2,10; 2. indicatore: valore anno 2018: 1.183,80; valore anno 2017: 1.067,10
							100,00%

miglioramento della produzione scientifica	partecipazione da parte del personale della struttura ad almeno un incontro di formazione, organizzato dalla biblioteca, su indicatori di produttività scientifica	garantire la partecipazione di almeno il 50% del personale dirigente strutturato e 50% del personale di ricerca non strutturato	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	0%	0%	1. non risulta alcuna partecipazione del personale dirigente strutturato 2. la struttura non ha personale di ricerca non strutturato.
							0,00%

(\*) gli obiettivi della posizione organizzativa del dip. DAT sono riportati nelle schede di budget delle strutture del dipartimento

## Sintesi valutazione: SOC Radiologia Oncologica

ANNO 2018

Scala di verifica e valutazione della performance raccordata con scala di riconoscimento indennità di risultato/produttività collettiva	
grado di conseguimento	percentuale di accesso alla quota annua di retribuzione risultato/produttività collettiva
≥ 95%	100%
60%-94%	in proporzione rispetto al 95%
< 60%	0%

Le percentuali vengono calcolate arrotondate per eccesso o per difetto al numero intero.

	% incentivazione	% misurazione obiettivi incentivati	% pesi obiettivi monitorati
personale dirigenza	95%	90,00%	100%
posizione organizzativa	100%	100,00%	20%
personale comparto	100%	100,00%	100%

Valutato dall'Organismo Indipendente di Valutazione (Verbali n. 10 del 16/04/2019, n. 11 del 27/06/2019 e n. 12 del 24/07/2019)

Volumi di attività

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			Monitoraggio
				dirigenza	PO (*)	comparto	
Attivazione dell'attività diagnostica della radiofarmacia	numero di prestazioni nuovi traccianti (gallio dotatoc, pet-ct con fluoroetiltirosina - FET e Gallio PSMA)	≥ 45	viene riconosciuta una franchigia del 5% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%. Al di sotto della franchigia l'obiettivo non è raggiunto	5%	0%	15%	78 pet FET-etiltirosina;pet F-dopa;pet 68-Dotatoc Gallio;pet Amiloide (dato fornito dalla struttura di medicina nucleare con mail del 17.01.2019)
							100,00%
attività PET/CT	numero di PET totali (ambulatoriale + interni)	≥ 3.300	vengono riconosciuti: - franchigia: 1% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: 3.200. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: 3.267. Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo.	20%	20%	80%	3.581
							100,00%
Prosecuzione dell'attività di diagnostica PET/CT con MDC	numero di pet/ct con mdc	≥ 35	viene riconosciuta una franchigia del 5% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%. Al di sotto della franchigia l'obiettivo non è raggiunto	5%	0%	5%	57
							100,00%

## Efficienza operativa, appropriatezza e accessibilità

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			Monitoraggio
				dirigenza	PO (*)	comparto	
Miglioramento dei tempi di refertazione per le prestazioni PET di stadiazione	tempi di refertazione	90% delle prestazioni PET di stadiazione viene refertato entro 9 giorni	vengono riconosciuti: - franchigia: 3% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: 69,01%. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: 87,30%. Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo.	25%	0%	0%	94,60%
							100,00%
Rispetto degli standard sui Tempi max di attesa per l'ecografia	indice di performance priorità B (eco capo collo, addome superiore, addome inferiore, addome completo)	1. target regionale: ≥ 95% priorità B 2. mantenimento del numero di ecografie ambulatoriali (anno 2017: 1.738)	I target vengono valutati come segue: 1° target: ≥ 95% = 100% < 95% = 0% 2° target: numero di ecografie ambulatoriali ≥ anno 2017 = 100% numero di ecografie ambulatoriali < anno 2017 = 0%. L'obiettivo viene considerato raggiunto solo se viene rispettato almeno un target.	10%	0%	0%	1. % tempi di attesa: 59,79% 2. numero ecografie: 1.814
							100,00%
Rispetto degli standard sui Tempi max di attesa per l'ecografia	indice di performance priorità D (eco capo collo, addome superiore, addome inferiore, addome completo)	1. target regionale: ≥ 90% priorità D 2. mantenimento del numero di ecografie ambulatoriali (anno 2017: 1.738)	i target vengono valutati come segue: 1° target: ≥ 90% = 100% < 90% = 0% 2° target: numero di ecografie ambulatoriali ≥ anno 2017 = 100% numero di ecografie ambulatoriali < anno 2017 = 0%. L'obiettivo viene considerato raggiunto solo se viene rispettato almeno un target.	10%	0%	0%	1. % tempi di attesa: 66,67% 2. numero ecografie: 1.814
							100,00%

## Consumi prodotti sanitari

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			Monitoraggio
				dirigenza	PO (*)	comparto	
Rispetto budget prodotti farmaceutici in rapporto all'attività svolta	1. Rapporto tra consumo di prodotti sanitari e valore della produzione (con esclusione del farmaco xofigo e gallio dotatoc) 2. n. di prestazioni erogate con kit GALLIO DOTATOC	1. ≤ 21,72% 2. ≤ 35 pazienti	l'obiettivo viene valutato come segue: 1. ≤ 21,72% = 100% > 21,72% e ≤ 23% = in proporzione all'intervallo > 23% = 0% 2. Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%. L'obiettivo viene considerato raggiunto se vengono rispettati entrambi i target.	5%	0%	0%	<p>1. indicatore consumi: 22,55%</p> <p>2. numero pazienti trattati: 40 ; 1. l'aumento del consumo è determinato dalla ripresa dell'attività di diagnostica scintigrafica sospesa e trasferita all'AAS 5 nel 2017 a seguito della ristrutturazione della radiofarmacia</p> <p>2. indicatore: nota del responsabile della struttura prot 32/2018 relativa a 67,60% di utilizzo di ulteriori 5 kit rispetto al target assegnato e autorizzazione del DS per interesse strategico del CRO</p>

## Linee progettuali regionali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			Monitoraggio
				dirigenza	PO (*)	comparto	
Linea progettuale 3.1.6 Collaborazione tra AAS5 "Friuli Occidentale" e CRO di Aviano: progetto di sviluppo della Medicina Nucleare in ambito neurologico	numero di prestazioni neurologiche eseguite	≥ 10 a partire dal II semestre	l'obiettivo viene valutato secondo un criterio proporzionale	10%	0%	0%	<p>n. 12 pet nel 2° semestre (7 pet FDG cerebrali e 5 PET amiloide). Dato fornito dalla struttura con mail in data 16.05.2019</p> <p style="text-align: right;">100,00%</p>

# Ricerca

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			Monitoraggio
				dirigenza	PO (*)	comparto	
Mantenimento livello di produzione scientifica	1. punti di impact factor normalizzato frazionato (≥ media quinquennale 2013-2017) 2. impact factor normalizzato totale aziendale	1 ≥ 7,637 2. ≥ IF normalizzato aziendale anno 2017	vengono riconosciuti: - franchigia: 7% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: 3,82. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: 7,1. Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo. 2. Il risultato viene valutato come segue: valore I.F. normalizzato aziendale ≥ valore 2017 = 100% valore I.F. normalizzato aziendale < valore 2017 = 0% L'obiettivo viene raggiunto al 100% se viene rispettato almeno uno dei due target	5%	0%	0%	1. indicatore: 9,37; 2. indicatore: valore anno 2018: 1.183,80; valore anno 2017: 1.067,10
							100,00%

miglioramento della produzione scientifica	partecipazione da parte del personale della struttura ad almeno un incontro di formazione, organizzato dalla biblioteca, su indicatori di produttività scientifica	garantire la partecipazione di almeno il 50% del personale dirigente strutturato e 50% del personale di ricerca non strutturato	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	0%	0%	1. 75% dei dirigenti strutturati hanno partecipato ad almeno un incontro; 2. la struttura non ha personale di ricerca non strutturato.
							100,00%

(\*) gli obiettivi della posizione organizzativa del dip. DAT sono riportati nelle schede di budget delle strutture del dipartimento

## Sintesi valutazione: SOC Medicina Nucleare

ANNO 2018

Scala di verifica e valutazione della performance raccordata con scala di riconoscimento indennità di risultato/produttività collettiva	
grado di conseguimento	percentuale di accesso alla quota annua di retribuzione risultato/produttività collettiva
≥ 95%	100%
60%-94%	in proporzione rispetto al 95%
< 60%	0%

Le percentuali vengono calcolate arrotondate per eccesso o per difetto al numero intero.

	% incentivazione	% misurazione obiettivi incentivati	% pesi obiettivi monitorati
personale dirigenza	100%	98,38%	100%
posizione organizzativa	100%	100,00%	20%
personale comparto	100%	100,00%	100%

Valutato dall'Organismo Indipendente di Valutazione (Verbali n. 10 del 16/04/2019, n. 11 del 27/06/2019 e n. 12 del 24/07/2019)

**Volumi di attività**

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			Monitoraggio
				dirigenza	PO (*)	comparto	
Mantenimento volumi di attività (v. budget delle UO "utilizzatrici")	Valore di produzione per fisico	≥ € 55.000	vengono riconosciuti: - franchigia: 1% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: € 52.250. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: € 54.450. Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo.	30%	0%	0%	€ 63.827
							100,00%

Mantenimento volumi di attività (v. budget delle UO "utilizzatrici")	numero totale prestazioni	≥ 8.300	vengono riconosciuti: - franchigia: 3% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: 7.850. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: 8.100. Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo.	0%	20%	50%	10.846
							100,00%

**Efficienza operativa e appropriatezza**

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			Monitoraggio
				dirigenza	PO (*)	comparto	
attivazione clinica nuova apparecchiatura LINAC truebeam di recente acquisizione	numero pazienti trattati	≥ 10	l'obiettivo viene valutato secondo un criterio proporzionale	60%	10%	50%	n. 80 pazienti trattati (mail del responsabile della struttura del 15.04.2019)
							100,00%

# Ricerca

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			Monitoraggio
				dirigenza	PO (*)	comparto	
Mantenimento livello di produzione scientifica	1. punti di impact factor normalizzato frazionato (≥ media quinquennale 2013-2017) 2. impact factor normalizzato totale aziendale	1. ≥ 4,212 2. ≥ IF aziendale anno 2017	vengono riconosciuti: - franchigia: 7% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: 2,11. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: 3,92. Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo. 2. Il risultato viene valutato come segue: valore I.F. normalizzato aziendale ≥ valore 2017 = 100% valore I.F. normalizzato aziendale < valore 2017 = 0% L'obiettivo viene raggiunto al 100% se viene rispettato almeno uno dei due target	5%	0%	0%	1. indicatore: 0,19; 2. indicatore: valore anno 2018: 1.183,80; valore anno 2017: 1.067,10
							100,00%

miglioramento della produzione scientifica	partecipazione da parte del personale della struttura ad almeno un incontro di formazione, organizzato dalla biblioteca, su indicatori di produttività scientifica	garantire la partecipazione di almeno il 50% del personale dirigente strutturato e 50% del personale di ricerca non strutturato	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	0%	0%	1. 100% dei dirigenti strutturati ha partecipato ad almeno un incontro; 2. la struttura non ha personale di ricerca non strutturato.
							100,00%

(\*) gli obiettivi della posizione organizzativa del dip. DAT sono riportati nelle schede di budget delle strutture del dipartimento

## Sintesi valutazione: SOC Fisica Sanitaria

ANNO 2018

Scala di verifica e valutazione della performance raccordata con scala di riconoscimento indennità di risultato/produttività collettiva	
grado di conseguimento	percentuale di accesso alla quota annua di retribuzione risultato/produttività collettiva
≥ 95%	100%
60%-94%	in proporzione rispetto al 95%
< 60%	0%

Le percentuali vengono calcolate arrotondate per eccesso o per difetto al numero intero.

	% incentivazione	% misurazione obiettivi incentivati	% pesi obiettivi monitorati
personale dirigenza	100%	100,00%	100%
posizione organizzativa	100%	100,00%	30%
personale comparto	100%	100,00%	100%

Valutato dall'Organismo Indipendente di Valutazione (Verbali n. 10 del 16/04/2019, n. 11 del 27/06/2019 e n. 12 del 24/07/2019)

Volumi di attività

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			Monitoraggio
				dirigenza	PO (*)	comparto	
Mantenimento volumi e produttività storica	Pazienti unici trattati / medico	≥ 170 (fonte dati g3 e sdo rt)	<p>vengono riconosciuti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- franchigia: 1% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%</li> <li>- limite inferiore: 160. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto.</li> <li>- limite superiore: 168.</li> </ul> <p>Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo.</p> <p>Nella valutazione i due dirigenti medici neoassunti (fine anno 2017) verranno considerati nella misura dell'80%</p>	35%	0%	0%	179 dato fornito dalla posizione organizzativa con mail del 30.01.2019
							100,00%
Mantenimento volumi e produttività storica	totale prestazioni	<p>1. ≥ 66.000 (escluse visite)</p> <p>2. ≥ € 11.527.000 (escluse visite)</p>	<p>1. vengono riconosciuti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- franchigia: 3% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%</li> <li>- limite inferiore: 62.040. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto.</li> <li>- limite superiore: 64.020.</li> </ul> <p>Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo</p> <p>2. vengono riconosciuti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- franchigia: 3% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%</li> <li>- limite inferiore: 10.835.000. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto.</li> <li>- limite superiore: 11.181.000.</li> </ul> <p>Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo.</p> <p>L'obiettivo viene valutato considerando il migliore risultato tra i due indicatori.</p>	0%	30%	65%	<p>1. 63.289</p> <p>2. € 11.479.615</p>
							100,00%

## Attrattività e autosufficienza

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			Monitoraggio
				dirigenza	PO (*)	comparto	
Mantenimento della quota di attrazione extraregionale 2016	% pazienti fuori regione (fonte dati g3 e sdo). esclusa rt area giovani ricovero ordinario	≥ 38%	viene riconosciuta una franchigia del 3% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%. Al di sotto della franchigia l'obiettivo non è raggiunto	5%	0%	0%	36,91%
							100,00%

## Efficienza operativa, appropriatezza e accessibilità

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			Monitoraggio
				dirigenza	PO (*)	comparto	
Rispetto dei tempi di attesa	tempo di attesa (intervallo tra fine contouring ed inizio trattamento)	almeno 80% entro 30 gg	vengono riconosciuti: - franchigia: 3% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: 74,4%. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: 77,60%. Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo.	30%	0%	35%	82,99% (dato fornito dalla struttura di Radioterapia con mail del 09.04.2019)
							100,00%

## consumi prodotti sanitari

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			Monitoraggio
				dirigenza	PO (*)	comparto	
Contenimento del consumo dei prodotti farmaceutici (ospedalieri e diretta)	1. Valore assegnato 2. Rispetto dell'equilibrio di bilancio aziendale anno 2018	1. ≤ € 1.511.000 2. rispetto della realizzazione dell'indicatore	1. Viene riconosciuta una franchigia del 2% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%. Al di sopra della franchigia l'obiettivo non è raggiunto 2. Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% L'obiettivo viene raggiunto al 100% se viene rispettato almeno uno dei due target	5%	0%	0%	1° indicatore (consumo farmaci): € 1.386.736 - ; 2° indicatore (risultato di esercizio): € 1.390.683 - bilancio di esercizio 2018 - del. 178/2019
							100,00%

## Linee progettuali regionali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			Monitoraggio
				dirigenza	PO (*)	comparto	
Linea progettuale regionale firma digitale	% di referti firmati digitalmente	≥ 90%	vengono riconosciuti: - franchigia: 5% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: 59,39%. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: 85,50%. Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo.	10%	0%	0%	88,82%
							100,00%

## Ricerca

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			Monitoraggio
				dirigenza	PO (*)	comparto	
Mantenimento livello di produzione scientifica	1. punti di impact factor normalizzato frazionato (≥ media quinquennale 2013-2017) 2. impact factor normalizzato totale aziendale	1 ≥ 38,105 2. ≥ IF normalizzato aziendale anno 2017	vengono riconosciuti: - franchigia: 7% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: 19,05. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: 35,44. Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo. 2. Il risultato viene valutato come segue: valore I.F. normalizzato aziendale ≥ valore 2017 = 100% valore I.F. normalizzato aziendale < valore 2017 = 0% L'obiettivo viene raggiunto al 100% se viene rispettato almeno uno dei due target	10%	0%	0%	1. indicatore: 36,83; 2. indicatore: valore anno 2018: 1.183,80; valore anno 2017: 1.067,10
							100,00%

miglioramento della produzione scientifica	partecipazione da parte del personale della struttura ad almeno un incontro di formazione, organizzato dalla biblioteca, su indicatori di produttività scientifica	garantire la partecipazione di almeno il 50% del personale dirigente strutturato e 50% del personale di ricerca non strutturato	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	0%	0%	valutazione rt e area giovani: 1. 50% dei dirigenti strutturati rt e area giovani ha partecipato ad almeno un incontro; 2. 100% del personale di ricerca non strutturato della rt e area giovani ha partecipato ad almeno un incontro.
							100,00%

(\*) gli obiettivi della posizione organizzativa del dip. DAT sono riportati nelle schede di budget delle strutture del dipartimento

## Sintesi valutazione: SOC Oncologia Radioterapica

ANNO 2018

Scala di verifica e valutazione della performance raccordata con scala di riconoscimento indennità di risultato/produttività collettiva	
grado di conseguimento	percentuale di accesso alla quota annua di retribuzione risultato/produttività collettiva
≥ 95%	100%
60%-94%	in proporzione rispetto al 95%
< 60%	0%

Le percentuali vengono calcolate arrotondate per eccesso o per difetto al numero intero.

personale dirigenza

posizione organizzativa

personale comparto

	% incentivazione	% misurazione obiettivi incentivati	% pesi obiettivi monitorati
personale dirigenza	100%	100,00%	100%
posizione organizzativa	100%	100,00%	30%
personale comparto	100%	100,00%	100%

Valutato dall'Organismo Indipendente di Valutazione (Verbali n. 10 del 16/04/2019, n. 11 del 27/06/2019 e n. 12 del 24/07/2019)

**Efficienza operativa, appropriatezza e accessibilità**

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE (*)			Monitoraggio
				dirigenza	PO (*)	comparto	
<b>compilazione esaustiva della cartella clinica</b>	3 monitoraggi quadrimestrali con criteri di campionatura usati per il monitoraggio regionale	≥ 95%	viene riconosciuta una franchigia del 3% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%. Al di sotto della franchigia l'obiettivo non è raggiunto	10%	0%	0%	93,33% monitoraggio su un campione di n. 30 cartelle
							<b>100,00%</b>
<b>completezza della codifica delle schede di dimissione ospedaliera (SDO)</b>	monitoraggi previsti dal piano controlli regionale	≥ 95%	viene riconosciuta una franchigia del 3% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%. Al di sotto della franchigia l'obiettivo non è raggiunto	10%	0%	0%	100,00% su un campione di 74 SDO
							<b>100,00%</b>
<b>Rilevazione dell'attività di ricovero day hospital della struttura</b>	registrazione dei dati di attività di ricovero in regime di DH	<b>registrazione dei ricoveri a partire dal II semestre</b>	viene riconosciuta una franchigia di 30 giorni	5%	0%	0%	l'attività viene registrata nella nuova struttura creata in ADT (evidenza reportistica direzionale).
							<b>100,00%</b>
<b>revisione dei protocolli di chemioterapia</b>	revisione di tutti i protocolli di chemioterapia utilizzati dalla struttura	<b>entro il 31.12.2018</b>	il monitoraggio verrà effettuato dal gruppo di lavoro di monitoraggio del consumo di farmaci istituito con nota prot. 4691/DG del 07.03.2018	5%	0%	0%	I protocolli ri-parametrizzati in G2 sono 151, preceduti dalla sigla PED. E' stata parametrizzata oltre alla chemioterapia (già in essere) anche la terapia ancillare con dosi pro kg o pro mq nella pagina 'Dettagli'. Questo ha reso possibile, a differenza di quanto avviene negli schemi per gli adulti, la modifica della terapia ancillare dalla pagina 'Antiblastici'. (mail del direttore della struttura del 25.03.2019)
							<b>100,00%</b>

# Linee progettuali regionali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE (*)			Monitoraggio
				dirigenza	PO (*)	comparto	
Garantire la formazione nell'ambito del progetto della Rete oncologica pediatrica regionale	realizzare la formazione al personale medico e infermieristico per gli ospedali di rete territoriali di tutta la regione	realizzazione della formazione entro il 31.12	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	20%	0%	0%	Sono stati eseguiti nel 2018 due corsi di formazione per il personale medico ed infermieristico nell'ambito della Rete Oncologica Pediatrica Regionale, nei quali il personale del CRO medico e infermieristico ha partecipato sia in veste di docente che di discente (mail del direttore di struttura del 25.03.2019)
				100,00%			
Integrazione tra Area Giovani e Pediatria Neonatologia a garanzia della continuità dell'assistenza e delle cure	Sono definite e condivise le modalità per la gestione clinica e assistenziale dei soggetti in età pediatrica con neoplasie	predisposizione documento entro il 31.12	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	25%	0%	0%	E' stato predisposto un documento preliminare di integrazione assistenziale tra la Radioterapia Pediatrica del CRO di Aviano e la SOC di Pediatria di Pordenone. Tale documento è stato scritto per garantire la continuità assistenziale ai pazienti pediatrici in trattamento radiante che necessitano di ricovero ordinario per condizioni cliniche o per complicanze legate al trattamento. (mail del direttore della struttura del 25.03.2019)
				100,00%			
Linea progettuale regionale firma digitale	% di referti firmati digitalmente	≥ 90% da luglio 2018	vengono riconosciuti: - franchigia: 5% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: 59,39%. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: 85,50%. Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo.	10%	0%	0%	93,41%
				100,00%			

# Ricerca

(\*)

## PESI INCENTIVAZIONE

dirigenza PO (\*) comparto

## Monitoraggio

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	dirigenza	PO (*)	comparto	Monitoraggio
Mantenimento livello di produzione scientifica	1. punti di impact factor normalizzato frazionato (≥ media quinquennale 2013-2017 escluso l'anno 2016) 2. impact factor normalizzato totale aziendale	1. ≥ 3,579 2. ≥ IF normalizzato aziendale anno 2017	vengono riconosciuti: - franchigia: 7% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: 1,79. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: 3,33. Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo. 2. Il risultato viene valutato come segue: valore I.F. normalizzato aziendale ≥ valore 2017 = 100% valore I.F. normalizzato aziendale < valore 2017 = 0% L'obiettivo viene raggiunto al 100% se viene rispettato almeno uno dei due target	10%	0%	0%	1. indicatore: 11,57; 2. indicatore: valore anno 2018: 1.183,80; valore anno 2017: 1.067,10
							100,00%

miglioramento della produzione scientifica	partecipazione da parte del personale della struttura ad almeno un incontro di formazione, organizzato dalla biblioteca, su indicatori di produttività scientifica	garantire la partecipazione di almeno il 50% del personale dirigente strutturato e 50% del personale di ricerca non strutturato	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	0%	0%	valutazione rt e area giovani: 1. 50% dei dirigenti strutturati rt e area giovani ha partecipato ad almeno un incontro; 2. 100% del personale di ricerca non strutturato della rt e area giovani ha partecipato ad almeno un incontro.
							100,00%

(\*) gli obiettivi della posizione organizzativa del dip. DAT sono riportati nelle schede di budget delle strutture del dipartimento

### Sintesi valutazione: SOSD Area di oncologia Integrata per Adolescenti e Giovani Adulti

ANNO 2018

Scala di verifica e valutazione della performance raccordata con scala di riconoscimento indennità di risultato/produttività collettiva	
grado di conseguimento	percentuale di accesso alla quota annua di retribuzione risultato/produttività collettiva
≥ 95%	100%
60%-94%	in proporzione rispetto al 95%
< 60%	0%

Le percentuali vengono calcolate arrotondate per eccesso o per difetto al numero intero.

	% incentivazione	% misurazione obiettivi incentivati	% pesi obiettivi monitorati
personale dirigenza	100%	100,00%	100%
posizione organizzativa			
personale comparto			

Valutato dall'Organismo Indipendente di Valutazione (Verbalì n. 10 del 16/04/2019, n. 11 del 27/06/2019 e n. 12 del 24/07/2019)

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			Monitoraggio
				dirigenza	PO	comparto	
<b>Realizzazione Corso per Direttori di SOC su mandato regionale</b>	a. progettazione del percorso formativo con il Board Scientifico b. ingaggio faculty per 1° (Aviano) e 2° edizione (Monfalcone) c. realizzazione 1° edizione e avvio 2° edizione d. predisposizione rendicontazione per la Regione (1° edizione)	<b>a. evidenza progettazione formativa</b> <b>b. evidenza ingaggio faculty per 1° e 2° edizione</b> <b>c. presenza registri partecipanti e docenti, presenza verbali esame finale;</b> <b>d. evidenza rendicontazione per la regione (1° edizione)</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si =100% se il risultato è no = 0%	50%	0%	30%	a. progetto formativo realizzato; b. faculty ingaggiata per 1° e 2° edizione ; c. la 1° edizione è stata realizzata interamente nel 2018 tutte le evidenze richieste sono agli atti; la 2° edizione è stata avviata a ottobre 2018 (conclusione nel 2019); d. la rendicontazione didattica ed economica della 1° edizione è avvenuta con invio alla regione di tutta la documentazione richiesta, in copia agli atti presso il CAF. (rendicontazione da parte della direzione scientifica con nota prot. 6053 del 29/03/2019)
100,00%							
<b>Formazione strategica sull'umanizzazione delle cure e la medicina narrativa</b>	a. realizzazione di un ciclo di workshop di medicina narrativa (almeno 5) b. realizzazione di 1 evento base e 1 evento avanzato per formatori con approcci narrativi c. progettazione di una scuola permanente di scrittura per operatori, pazienti e caregivers	<b>a. n. 5 workshop</b> <b>b. n. 2 eventi</b> <b>c. n. 1 progetto approvato dalla direzione</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si =100% se il risultato è no = 0%	50%	0%	70%	a. realizzati 6 workshop di medicina narrativa IRCCRO_ 18008; 18087; 18113; 18080; 18143; 18144; b. realizzati gli eventi IRCCRO_18091 (base) e IRCCRO_18092 (avanzato) per formatori; c. progetto completato e approvato dal Direttore Scientifico. (rendicontazione da parte della direzione scientifica con nota prot. 6053 del 29/03/2019)
100,00%							

Sintesi valutazione: Direzione Scientifica: Centro Attività Formative

ANNO 2018

Scala di verifica e valutazione della performance raccordata con scala di riconoscimento indennità di risultato/produttività collettiva	
grado di conseguimento	percentuale di accesso alla quota annua di retribuzione risultato/produttività collettiva
≥ 95%	100%
60%-94%	in proporzione rispetto al 95%
< 60%	0%

Le percentuali vengono calcolate arrotondate per eccesso o per difetto al numero intero.

	% incentivazione	% misurazione obiettivi incentivati	% pesi obiettivi monitorati
personale dirigenza	100%	100,00%	100%
personale comparto	100%	100,00%	100%

Valutato dall'Organismo Indipendente di Valutazione (Verbali n. 10 del 16/04/2019, n. 11 del 27/06/2019 e n. 12 del 24/07/2019)

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			Monitoraggio
				dirigenza	PO	comparto	
Utilizzazione della piattaforma CINECA	Supporto completo all'attività del CEUR, mediante inserimento di tutti gli studi ed emendamenti in piattaforma. Creazione dell'ordine del giorno attraverso la piattaforma medesima	evidenza della realizzazione degli indicatori (rendicontazione dell'attività del CEUR).	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si =100% se il risultato è no = 0%	0%	0%	100%	Gli studi e gli emendamenti sono stati caricati in piattaforma gestionale Cineca al 100%. (rendicontazione da parte della direzione scientifica con nota prot. 6053 del 29/03/2019)
100,00%							
Seminari di metodologia sperimentale	Supporto all'attività degli sperimentatori all'interno del CRO e in ambito regionale	presenza della documentazione del report di tali eventi al CRO e fuori CRO	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si =100% se il risultato è no = 0%	100%	0%	0%	I seminari "Come scrivere un protocollo di ricerca clinica di successo" sono stati eseguiti e la documentazione a supporto è agli atti presso della Direzione Scientifica. (rendicontazione da parte della direzione scientifica con nota prot. 6053 del 29/03/2019)
100,00%							

Sintesi valutazione: Direzione Scientifica: Comitato Etico Unico Regionale

ANNO 2018

Scala di verifica e valutazione della performance raccordata con scala di riconoscimento indennità di risultato/produttività collettiva

grado di conseguimento	percentuale di accesso alla quota annua di retribuzione risultato/produttività collettiva
≥ 95%	100%
60%-94%	in proporzione rispetto al 95%
< 60%	0%

Le percentuali vengono calcolate arrotondate per eccesso o per difetto al numero intero.



Valutato dall'Organismo Indipendente di Valutazione (Verbali n. 10 del 16/04/2019, n. 11 del 27/06/2019 e n. 12 del 24/07/2019)

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			Monitoraggio
				dirigenza	PO	comparto	
Fundraising	Recupero di almeno una parte degli indirizzi di donatori che hanno effettuato donazione per la ricerca e che a causa di errate trascrizione bancaria risultano con indirizzo assente o incompleto	Percentuale di indirizzi recuperati sul totale di indirizzi errati o incompleti: ≥25%	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si =100% se il risultato è no = 0%	0%	0%	20%	32,43% (rendicontazione da parte della direzione scientifica con nota prot. 6053 del 29/03/2019)
<b>100,00%</b>							
Accreditamento OECI	- Individuazione dei team leader - Organizzazione di riunioni preparatorie	- <b>Definizione gruppi di lavoro</b> - <b>n. 3 riunioni</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si =100% se il risultato è no = 0%	70%	0%	30%	- Sono stati identificati i team leader e i gruppi di lavoro dei 6 capitoli del manuale di accreditamento. - Si sono svolti diversi incontri per ogni capitolo. Oltre il proseguo dei lavori, ad Ottobre, la Segreteria Scientifica aveva iniziato la procedura online della procedura OECI al fine di pianificare le scadenze successive; sfortunatamente, l'imminente cambio della Direzione Generale e Sanitaria e la possibilità di un commissariamento per tutto l'anno 2019 hanno imposto uno stallo delle procedure che saranno riconsiderate nel 2019 quando ci sarà maggiore chiarezza sugli sviluppi delle Direzioni Strategiche. (rendicontazione da parte della direzione scientifica con nota prot. 6053 del 29/03/2019)
<b>100,00%</b>							
Sostegno alla sperimentazione clinica	Snellimento procedure interne: Modifica regolamento IRB	<b>evidenza della modifica del regolamento</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si =100% se il risultato è no = 0%	0%	0%	20%	E' stato revisionato il Regolamento di funzionamento IRB (parere solo su protocolli clinici e studi osservazionali di cui il CRO è promotore o centro coordinatore). E' disponibile la versione 2.0 del 4/7/2018. (rendicontazione da parte della direzione scientifica con nota prot. 6053 del 29/03/2019)
<b>100,00%</b>							

**Efficienza del personale della ricerca e personale di supporto alla ricerca**

Integrazione dello staff,  
Partecipazione lavori di  
individuazione dei criteri c/o Min  
Salute

**Revisione processi  
(Procedure semplificate o automatizzate)**

Il risultato viene valutato come segue:  
se il risultato è si =100%  
se il risultato è no = 0%

0%

0%

30%

Le procedure sono state riviste:  
- deliberazione n.217 del 22.05.2018 di modifica dell'art. 16 del Regolamento delle Borse di Studio rubricato "Commissione per la selezione" che prevede la delega di Presidente di Commissione ai Direttori di SOC al fine di consentire l'espletamento più efficace delle procedure di conferimento delle stesse anche in assenza del Direttore Scientifico;  
- Redazione del verbale della commissione esaminatrice con l'indicazione che il punteggio attribuito ai titoli include un minor numero di voci (15 invece di 33)  
(rendicontazione da parte della direzione scientifica con nota prot. 6053 del 29/03/2019)

100,00%

**Sintesi valutazione: Direzione Scientifica: Segreteria scientifica**

ANNO 2018

Scala di verifica e valutazione della performance raccordata con scala di riconoscimento indennità di risultato/produttività collettiva	
grado di conseguimento	percentuale di accesso alla quota annua di retribuzione risultato/produttività collettiva
≥ 95%	100%
60%-94%	in proporzione rispetto al 95%
< 60%	0%

Le percentuali vengono calcolate arrotondate per eccesso o per difetto al numero intero.

% incentivazione

% misurazione obiettivi incentivati

% pesi obiettivi monitorati

personale dirigenza

100%

100,00%

70%

personale comparto

100%

100,00%

100%

Valutato dall'Organismo Indipendente di Valutazione (Verbali n. 10 del 16/04/2019, n. 11 del 27/06/2019 e n. 12 del 24/07/2019)

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			Monitoraggio
				dirigenza	PO	comparto	
<b>Monitoraggio e promozione produttività scientifica: migliorare, in senso di maggiore equità, l'attribuzione dell'IF norm. alle SO e incentivare la produttività scientifica globale d'Istituto</b>	a) report mensili di produttività scientifica contenenti l'If normalizzato frazionato; b) organizzazione di almeno 1 corso - 2 edizioni - rivolti al personale per informare circa i criteri dell'Impact Factor normalizzato; c) organizzazione di almeno 1 corso rivolti al personale per informare circa indicatori di produttività scientifica tratti da SCIVAL e/o INCITES; d) elaborare a fine anno un documento di presentazione e illustrazione indicatori di produttività scientifica con proposta per il 2019.	<b>evidenza della realizzazione degli indicatori</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si =100% se il risultato è no = 0%	50%	0%	50%	N report mensili redatti e condivisi: 12 su 12. N. corso organizzati: 6 edizioni (settembre, ottobre, novembre, dicembre); n. 160 partecipanti; documento finale è stato predisposto. (rendicontazione da parte della direzione scientifica con nota prot. 6053 del 29/03/2019)
<b>100,00%</b>							
<b>Mantenere e promuovere l'accesso alle risorse elettroniche, riviste e libri</b>	a) mantenere il catalogo TDNet per l'accesso a riviste, banche dati, e-book; b) promuoverne la fruizione anche dall'esterno tramite corsi di formazione ed helpdesk; c) catalogo dei libri Biblioest aggiornato	<b>a) mantenere i cataloghi e database per l'accesso alle risorse elettroniche su altri supporti; b) garantire l'accesso da remoto;</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si =100% se il risultato è no = 0%	50%	0%	50%	a) link del catalogo di riviste, banche dati e e-book funzionante - <a href="https://cro.tdnetdiscover.com/portal">https://cro.tdnetdiscover.com/portal</a> - link del catalogo libri scientifici e di svago: <a href="https://www.biblioest.it/SebinaOpac/.do#0">https://www.biblioest.it/SebinaOpac/.do#0</a> . b) Per quanto riguarda il Corso di formazione è stato realizzato l'evento "Caffè in biblioteca 2018" per raccogliere riscontri in merito alla eventuale partecipazione a un corso di formazione sulle risorse informative. In allegato risultati emersi. C) il catalogo dei libri Biblioest è tempestivamente aggiornato (rendicontazione da parte della direzione scientifica con nota prot. 6053 del 29/03/2019)
<b>100,00%</b>							

## Sintesi valutazione: Direzione Scientifica: Servizio Biblioteca

ANNO 2018

Scala di verifica e valutazione della performance raccordata con scala di riconoscimento indennità di risultato/produttività collettiva	
grado di conseguimento	percentuale di accesso alla quota annua di retribuzione risultato/produttività collettiva
≥ 95%	100%
60%-94%	in proporzione rispetto al 95%
< 60%	0%

Le percentuali vengono calcolate arrotondate per eccesso o per difetto al numero intero.

personale dirigenza

personale comparto

% incentivazione	% misurazione obiettivi incentivati	% pesi obiettivi monitorati
100%	100,00%	100%
100%	100,00%	100%

Valutato dall'Organismo Indipendente di Valutazione (Verbalì n. 10 del 16/04/2019, n. 11 del 27/06/2019 e n. 12 del 24/07/2019)

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			Monitoraggio
				dirigenza	PO	comparto	
<b>Snellimento e informatizzazione procedure per la gestione amministrativo-contabile dei progetto RF</b>	- Riduzione delle richieste 'cartacee' (per le missioni di ricerca finalizzata) e contestuale utilizzo di form nel DBR - archiviazione digitale della documentazione di spesa del progetto.	- <b>Implementazione form per richieste di missioni nel DBR</b> - <b>Effettiva archiviazione digitale documenti nel DBR.</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si =100% se il risultato è no = 0%	0%	0%	50%	<p>1. Il form è stato creato e viene normalmente utilizzato dalla SOC Epidemiologia, mentre le altre strutture lo stanno iniziando ad utilizzare.</p> <p>2. Sono stati archiviati digitalmente i documenti dei progetti di ricerca finalizzata e corrente dell'anno 2018. Al 31/12/2017 n. 3.077 documenti. Al 28/03/2019 n. 3.522 documenti. (rendicontazione da parte della direzione scientifica con nota prot. 6053 del 29/03/2019)</p>
<b>100,00%</b>							
<b>Migliore caratterizzazione del ruolo specifico dei diversi tipi di finanziamento della ricerca</b>	aumento dell'efficienza della ricerca e regolarità delle spese (combinare progetti in collaborazioni più ampie e continuative)	<b>Nuovi tipi (≥3) di progetti nella Ricerca Corrente e nei fondi 5 per Mille</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si =100% se il risultato è no = 0%	30%	0%	50%	<p>E' stato trasmesso al Ministero della Salute (MS) il nuovo assetto dei progetti di Ricerca Corrente (RC) passando da 90 progetti a 29: tale nuovo assetto ha permesso un puntuale calcolo della richiesta di finanziamento RC per l'anno 2018 al MS e permetterà ai Ricercatori Responsabili di progetti RC di avere una gestione più trasparente e dinamica del contributo RC a loro disposizione.</p> <p>Nell'ambito del 5xMille, è stato inviato il nuovo bando per Progetti Intramural Grant che comprende anche l'istituzione di n. 3 Task Forces per la realizzazione di progetti trasversarli e di ampio respiro strategico. (rendicontazione da parte della direzione scientifica con nota prot. 6053 del 29/03/2019)</p>
<b>100,00%</b>							

Sintesi valutazione: Direzione Scientifica: Ufficio Grant

ANNO 2018

Scala di verifica e valutazione della performance raccordata con scala di riconoscimento indennità di risultato/produttività collettiva	
grado di conseguimento	percentuale di accesso alla quota annua di retribuzione risultato/produttività collettiva
≥ 95%	100%
60%-94%	in proporzione rispetto al 95%
< 60%	0%

Le percentuali vengono calcolate arrotondate per eccesso o per difetto al numero intero.

	% incentivazione	% misurazione obiettivi incentivati	% pesi obiettivi monitorati
personale dirigenza	100%	100,00%	30%
personale comparto	100%	100,00%	100%

Valutato dall'Organismo Indipendente di Valutazione (Verbal n. 10 del 16/04/2019, n. 11 del 27/06/2019 e n. 12 del 24/07/2019)

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			Monitoraggio
				dirigenza	PO	comparto	
Miglioramento della qualità della sperimentazione clinica	Formazione del personale del CTO (Study Coordinator Infermiere di Ricerca)	Realizzazione di un corso formativo al CRO di Aviano della durata di un anno (nell'anno 2018 saranno previsti 3 incontri), che avranno come tema i trattamenti delle principali neoplasie solide e oncoematologiche)	Presenza registri partecipanti e docenti. Slide dei relatori (previa autorizzazione degli stessi);  Documentazione ECM	<input type="checkbox"/>	0%	100%	Sono stati programmati 5 interventi della durata di un ora. Per motivi di ECM in accordo con il Centro Formazione sono stati raggruppati in 2 giornate: in data 12.11.2018 – "Trattamento adiuvante del carcinoma mammario" e "Carcinoma della mammella in fase metastatica: trattamenti standard e trattamenti sperimentali", in data 06.12.2018 – "Il trattamento delle neoplasie polmonari", "Il carcinoma della prostata" e "Il paziente anziano: trattamenti standard e sperimentali". (rendicontazione da parte della direzione scientifica con nota prot. 6053 del 29/03/2019)

100,00%

Sintesi valutazione: Direzione Scientifica: Ufficio Sperimentazioni Cliniche

ANNO 2018

Scala di verifica e valutazione della performance raccordata con scala di riconoscimento indennità di risultato/produttività collettiva	
grado di conseguimento	percentuale di accesso alla quota annua di retribuzione risultato/produttività collettiva
≥ 95%	100%
60%-94%	in proporzione rispetto al 95%
< 60%	0%

Le percentuali vengono calcolate arrotondate per eccesso o per difetto al numero intero.

% incentivazione

% misurazione obiettivi incentivati

% pesi obiettivi monitorati

personale dirigenza

personale comparto

100%

100,00%

100%

Valutato dall'Organismo Indipendente di Valutazione (Verbali n. 10 del 16/04/2019, n. 11 del 27/06/2019 e n. 12 del 24/07/2019)

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			Monitoraggio
				dirigenza	PO	comparto	
Promozione dei processi di trasferimento tecnologico	N° progetti presentati a bando di finanziamento anno 2018 del MISE per Uffici di Trasferimento Tecnologico.	≥1 progetto	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si =100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	0%	100%	Un progetto è stato presentato e risultato finanziabile fino al 30.6.2020 (con prot. 15020/D del 2.8.2018 il CRO ha controfirmato provvedimento MISE di ammissione al finanziamento) (rendicontazione da parte della direzione scientifica con nota prot. 6053 del 29/03/2019)
							100,00%

**Sintesi valutazione: Direzione Scientifica: Ufficio Trasferimento Tecnologico**

ANNO 2018

Scala di verifica e valutazione della performance raccordata con scala di riconoscimento indennità di risultato/produttività collettiva	
grado di conseguimento	percentuale di accesso alla quota annua di retribuzione risultato/produttività collettiva
≥ 95%	100%
60%-94%	in proporzione rispetto al 95%
< 60%	0%

Le percentuali vengono calcolate arrotondate per eccesso o per difetto al numero intero.

% incentivazione	% misurazione obiettivi incentivati	% pesi obiettivi monitorati
personale dirigenza		
personale comparto	100%	100%

Valutato dall'Organismo Indipendente di Valutazione (Verbalì n. 10 del 16/04/2019, n. 11 del 27/06/2019 e n. 12 del 24/07/2019)

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			Monitoraggio
				dirigenza	PO	comparto	
Produzione scientifica	Punti di Impact Factor grezzo	180 punti di Impact Factor grezzo	Il risultato viene valutato come segue: Valore >180 =100% Valore >100 e <180 =80% Valore <100 =0%	40%	0%	25%	186,65
							100,00%
Registrazione dei tumori in Friuli Venezia Giulia	Aggiornamento incidenza al 31/12/2013.	Evidenza di report pubblicato su <a href="http://www.cro.it">www.cro.it</a> con i dati di incidenza, sopravvivenza e prevalenza per il periodo 2000-2013	Il risultato viene valutato come segue: Pubblicazione presente = 100% Pubblicazione assente = 0%	30%	0%	50%	L'aggiornamento dei dati 2000-2013 del registro tumori è stato effettuato e la direzione centrale salute ha certificato la qualità dei dati definitivi solo a febbraio 2019; i dati sono stati inclusi nel rapporto epidemiologico della regione e pubblicati nel sito FVG. Tenuto conto che la mancata pubblicazione sul sito CRO non è dipesa dalla struttura, la direzione ritiene l'obiettivo raggiunto.
							100,00%
Partecipazione agli studi di epidemiologia ambientale	Conclusione dello studio di Monitoraggio Biologico Umano	Pubblicazione del rapporto definitivo sul sito <a href="http://www.cro.it">www.cro.it</a>	Il risultato viene valutato come segue: Pubblicazione presente = 100% Pubblicazione assente = 0%	30%	0%	25%	Il documento definitivo è stato consegnato ad ottobre alla Direzione Centrale Salute FVG. La pubblicazione sul sito del CRO, così come su quello della regione FVG, non è stata ancora ufficialmente autorizzata. Tenuto conto che la mancata pubblicazione sul sito CRO non è dipesa dalla struttura, la direzione ritiene l'obiettivo raggiunto.
							100,00%

Sintesi valutazione: SOC Epidemiologia Oncologica

ANNO 2018

Scala di verifica e valutazione della performance ricordata con scala di riconoscimento indennità di risultato/produttività collettiva	
grado di conseguimento	percentuale di accesso alla quota annua di retribuzione risultato/produttività collettiva
≥ 95%	100%
60%-94%	in proporzione rispetto al 95%
< 60%	0%

Le percentuali vengono calcolate arrotondate per eccesso o per difetto al numero intero.

	% incentivazione	% misurazione obiettivi incentivati	% pesi obiettivi monitorati
personale dirigenza	100%	100,00%	100%
personale comparto	100%	100,00%	100%

Valutato dall'Organismo Indipendente di Valutazione (Verbali n. 10 del 16/04/2019, n. 11 del 27/06/2019 e n. 12 del 24/07/2019)

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			Monitoraggio
				dirigenza	PO	comparto	
Monitoraggio consumi dispositivi medici	Invio flussi	II° trim Entro il 31.07.2018	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	20%	0%	40%	La documentazione relativa ai flussi ministeriali dispositivi medici del CRO dal II Trimestre 2018 è stata trasmessa dalla segreteria della SOC Approvvigionamenti in data 25.07.2018 ( vedi email del Responsabile della SOC del 06.09.2018)
							100,00%
Predisposizione capitolato servizio cup	Determina di approvazione del capitolato	Entro il 30.07.2018	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	40%	0%	20%	Con DTR n. 221 del 15.06.2018 è stato approvato il capitolato servizio cup
							100,00%
Acquisto piattaforma genomica	Provvedimento di aggiudicazione	Entro il 30.08.2018	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	20%	0%	20%	Con deliberazione del direttore generale n. 276 del 28.06.2018 è stato predisposto il provvedimento di aggiudicazione della piattaforma di genomica
							100,00%
Acquisto sistema informatico aria	Provvedimento di aggiudicazione	Entro il 30.04.2018	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	20%	0%	20%	Con delibera n. 52 del 06.02.2018 è stato predisposto il provvedimento di aggiudicazione d'acquisto del sistema informatico aria
							100,00%

**Sintesi valutazione: SOC Approvvigionamenti, Economato e Logistica**

ANNO 2018

Scala di verifica e valutazione della performance raccontata con scala di riconoscimento indennità di risultato/produttività collettiva	
grado di conseguimento	percentuale di accesso alla quota annua di retribuzione risultato/produttività collettiva
≥ 95%	100%
60%-94%	in proporzione rispetto al 95%
< 60%	0%

Le percentuali vengono calcolate arrotondate per eccesso o per difetto al numero intero.

	% incentivazione	% misurazione obiettivi incentivati	% pesi obiettivi monitorati
personale dirigenza	100%	100,00%	100%
personale comparto	100%	100,00%	100%

Valutato dall'Organismo Indipendente di Valutazione (Verbali n. 10 del 16/04/2019, n. 11 del 27/06/2019 e n. 12 del 24/07/2019)

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			Monitoraggio
				dirigenza	PO	comparto	
<b>Contratti manutenzione apparecchiature elettromedicali periodo 2018-2020</b>	adozione determina a contrarre e successive determine di affidamento	<b>30/06/2018</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	35%	0%	30%	Adozione della determina a contrarre n. 427 del 22.12.2017 e successive determine di affidamento adottate dal 16.01.2018 al 07.06.2018.
							<b>100,00%</b>
<b>Implementazione sistema Aria per radioterapia PN</b>	Verbale di collaudo fornitura	<b>31/12/2018</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	10%	0%	10%	Con lettera prot. 21102/APPR del 06/2017 è stata indetta la procedura negoziata.  Con Verbale del 29/01/2018 è stata approvata l'offerta pervenuta. Con Dlb. N 52 del 06/02/2018 è stata aggiudicata la fornitura alla ditta VARIAN la quale ha completato quasi tutte le attività. La struttura ha garantito nelle fasi iniziali la fattibilità dell'installazione di apparecchiature con coinvolgimento della AASS, nel corso del 2018. Il sistema ARIA è operativo ma il collaudo non è stato fatto perché è in fase di completamento la migrazione del dbase dei dati che vede il coinvolgimento dei fisici.  (mail del responsabile della struttura del 11.04.2019) Tenuto conto dell'attività svolta, la direzione ritiene l'obiettivo raggiunto
							<b>100,00%</b>
<b>Realizzazione nuova unità farmaci antitumorali</b>	indizione gara per i lavori	<b>31/12/2018</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	35%	0%	30%	Il progetto esecutivo è stato trasmesso in varie revisioni entro la fine del 2018 ed è risultato essere non approvabile entro il 31/12. Il procedimento ha subito alcuni rallentamenti dovuti sia al cambio di direzione strategica (Direttore di SOC Farmacia avvicendato dal 1/10/2018 e Direttore Generale avvicendato dal 01/11/2018) sia perché, nel corso del 2018, si è presentata per due volte la necessità di reperire risorse economiche aggiuntive rispetto alla scarsa dotazione economica iniziale ed al fine di chiudere lo sviluppo della progettazione esecutiva.  (mail del responsabile della struttura del 11.04.2019). Tenuto conto che la struttura ha presentato il progetto esecutivo e che la mancata indizione della gara entro il 31.12. non è dipesa dalla stessa, la direzione ritiene l'obiettivo raggiunto.
							<b>100,00%</b>

Riqualificazione Ambienti  
Chiesa istituto

fine dei lavori

30/10/2018

Il risultato viene valutato come segue:  
se il risultato è sì = 100%  
se il risultato è no = 0%

10%

0%

15%

Il lavoro svolto per la riqualificazione degli ambienti della Chiesa dell'Istituto sono stati eseguiti come segue:  
- Realizzazione basamento altare entro maggio 2018  
- Posa in opera marmi, altare ed ambone entro giugno 2018  
- Realizzazione pitture entro luglio 2018  
- Realizzazione controsoffitti e sostituzione punti illuminanti completamento entro settembre 2018. (mail del 03.12.2018 del responsabile della struttura)

100,00%

Nuovo acceleratore  
TrueBeam

fine dei lavori edili impiantistici

01/07/2018

Il risultato viene valutato come segue:  
se il risultato è sì = 100%  
se il risultato è no = 0%

10%

0%

15%

Con mail del 03.12.2018 il responsabile della struttura trasmette l'atto di collaudo da cui si evince la fine lavori edili impiantistici per installazione nuovo acceleratore TrueBeam in data 08/05/2018.

100,00%

**Sintesi valutazione: SOC Gestione delle Tecnologie Cliniche, Tecnico-Strutturali e Informatiche**

ANNO 2018

Scala di verifica e valutazione della performance raccordata con scala di riconoscimento indennità di risultato/produttività collettiva	
grado di conseguimento	percentuale di accesso alla quota annua di retribuzione risultato/produttività collettiva
≥ 95%	100%
60%-94%	in proporzione rispetto al 95%
< 60%	0%

Le percentuali vengono calcolate arrotondate per eccesso o per difetto al numero intero.

	% incentivazione	% misurazione obiettivi incentivati	% pesi obiettivi monitorati
personale dirigenza	100%	100,00%	100%
personale comparto	100%	100,00%	100%

Valutato dall'Organismo Indipendente di Valutazione (Verbalì n. 10 del 16/04/2019, n. 11 del 27/06/2019 e n. 12 del 24/07/2019)

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			Monitoraggio
				dirigenza	PO	comparto	
Il fase del PAC	validazione processi di competenza	entro 31.12.2018	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	40%	0%	40%	Eseguita validazione dei processi di propria competenza
							100,00%
Collaborazione all'elaborazione del bilancio di missione riferito al 2017	elaborazione delle informazioni di competenza della struttura (dati della performance economica)	evidenza delle informazioni nel documento del bilancio di missione	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	30%	0%	30%	Il Bilancio di Missione 2017 del CRO è stato pubblicato a Luglio 2018 e la struttura ha provveduto a fornire le informazioni di competenza
							100,00%
Nuovi obblighi di legge sulla modalità di incasso e pagamento delle Amministrazioni Pubbliche - progetto Siope +	parametrizzazione sistema gestionale e emissione ordinativi di pagamento e incassi secondo lo standard OPI per il tramite della piattaforma SIOPE +	partenza a regime entro ottobre 2018	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	30%	0%	30%	Tutta la parametrizzazione necessaria è stata fatta assieme ad Insiel, ai tecnici di Unimatica e al Tesoriere CRO nel mese di Settembre 2018; il personale dell'Ufficio Bilancio ha partecipato al corso di formazione per l'utilizzo del nuovo applicativo che si è tenuto c/o AAS 5 in data 20/9; il sistema era operativo con il 1 di ottobre. La Direzione Centrale con nota prot. 18526 in data 04/10/2018 ha rinviato l'obbligo per gli IRCCS e per EGAS del nuovo sistema al 1/1/2019. (mail del 30.11.2018 del responsabile della struttura) Tenuto conto di quanto riportato, la direzione ritiene l'obiettivo raggiunto al 100%.
							100,00%

Sintesi valutazione: SOC Gestione Risorse Economico-Finanziarie

ANNO 2018

Scala di verifica e valutazione della performance raccordata con scala di riconoscimento indennità di risultato/produttività collettiva	
grado di conseguimento	percentuale di accesso alla quota annua di retribuzione risultato/produttività collettiva
≥ 95%	100%
60%-94%	in proporzione rispetto al 95%
< 60%	0%

Le percentuali vengono calcolate arrotondate per eccesso o per difetto al numero intero.

	% incentivazione	% misurazione obiettivi incentivati	% pesi obiettivi monitorati
personale dirigenza	100%	100,00%	100%
personale comparto	100%	100,00%	100%

Valutato dall'Organismo Indipendente di Valutazione (Verbali n. 10 del 16/04/2019, n. 11 del 27/06/2019 e n. 12 del 24/07/2019)

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			Monitoraggio
				dirigenza	PO	comparto	
Collaborazione con EGAS nella predisposizione dei nuovi bandi per aggiudicazione polizze assicurative	partecipazione riunioni presso EGAS	evidenza delle informazioni nei questionari / documenti inviati a EGAS	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	30%	0%	30%	evidenza dei documenti inviati a Egas con nota prot. 17848 del 24.09.2018 (vedi mail del direttore della struttura del 04.10.2018)
							100,00%
Percorso di integrazione CRO / AAS5 per trasferimento funzione di oncologia	Elaborazione ulteriori procedure operative	evidenza delle procedure nella corrispondenza tra le due aziende	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	40%	0%	40%	Con nota prot. 23524 del 12.12.2018 il direttore della SOC ha trasmesso la procedura concordata tra AAS5 e CRO relativa alle sperimentazioni cliniche.
							100,00%
Revisione Regolamento orario di lavoro personale del Comparto	Elaborazione proposta revisione	evidenza della trasmissione della proposta alle direzioni aziendali	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	30%	0%	30%	Con mail del 27.12.2018 il responsabile ha trasmesso alla direzioni generale la proposta di revisione. La documentazione a supporto è agli atti presso l'Ufficio Controllo di Gestione.
							100,00%

**Sintesi valutazione: SOC Legale, Affari Generali e gestione Risorse Umane: Ufficio AG e legali**

ANNO 2018

Scala di verifica e valutazione della performance ricordata con scala di riconoscimento indennità di risultato/produttività collettiva	
grado di conseguimento	percentuale di accesso alla quota annua di retribuzione risultato/produttività collettiva
≥ 95%	100%
60%-94%	in proporzione rispetto al 95%
< 60%	0%

Le percentuali vengono calcolate arrotondate per eccesso o per difetto al numero intero.

	% incentivazione	% misurazione obiettivi incentivati	% pesi obiettivi monitorati
personale dirigenza	100%	100,00%	100%
personale comparto	100%	100,00%	100%

Valutato dall'Organismo Indipendente di Valutazione (Verbalì n. 10 del 16/04/2019, n. 11 del 27/06/2019 e n. 12 del 24/07/2019)

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			Monitoraggio
				dirigenza	PO	comparto	
<b>Collaborazione all'elaborazione del bilancio di missione riferito al 2017</b>	Elaborazione delle informazioni di competenza della struttura (dati del personale)	<b>evidenza delle informazioni nel documento del bilancio di missione</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	10%	0%	10%	Il Bilancio di Missione 2017 del CRO è stato pubblicato a Luglio 2018 e la struttura ha provveduto a fornire le informazioni di competenza
<b>100,00%</b>							
<b>Contratto integrativo aziendale 2016-2018</b>	Elaborazione puntuale ipotesi di contratto	<b>presentazione alle OOSS del documento entro il 31.12</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	45%	0%	45%	Predisposizione e invio dei documenti alla direzione generale con mail del 24.12.2018. Con mail del 27.12.2018 la direzione generale ha comunicato che l'ipotesi sarà trattata dal nuovo vertice dell'istituto stabilendo i tempi e i modi di presentazione alle OO.SS. Considerata l'attività svolta, la direzione ritiene l'obiettivo raggiunto.
<b>100,00%</b>							
<b>Revisione Regolamento orario di lavoro personale del Comparto</b>	Elaborazione proposta revisione	<b>Evidenza della trasmissione della proposta alle direzioni aziendali</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	45%	0%	45%	Con mail del 27.12.2018 il responsabile ha trasmesso alla direzioni generale la proposta di revisione. La documentazione a supporto è agli atti presso l'Ufficio Controllo di Gestione.
<b>100,00%</b>							

**Sintesi valutazione: SOSI Gestione del Personale**

ANNO 2018

Scala di verifica e valutazione della performance raccordata con scala di riconoscimento indennità di risultato/produttività collettiva	
grado di conseguimento	percentuale di accesso alla quota annua di retribuzione risultato/produttività collettiva
≥ 95%	100%
60%-94%	in proporzione rispetto al 95%
< 60%	0%

Le percentuali vengono calcolate arrotondate per eccesso o per difetto al numero intero.

	% incentivazione	% misurazione obiettivi incentivati	% pesi obiettivi monitorati
personale dirigenza	100%	100,00%	100%
personale comparto	100%	100,00%	100%

Valutato dall'Organismo Indipendente di Valutazione (Verbali n. 10 del 16/04/2019, n. 11 del 27/06/2019 e n. 12 del 24/07/2019)

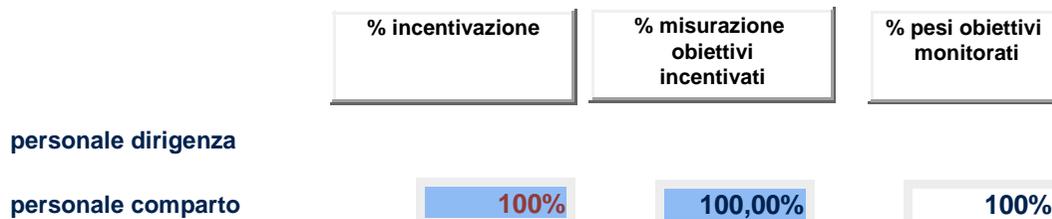
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			Monitoraggio
				dirigenza	PO	comparto	
Garantire il supporto segretariale al Consiglio di Indirizzo e Verifica e al Collegio di direzione	Predisposizione e invio verbali delle riunioni ai componenti del CIV e Collegio di Direzione	entro i 30 giorni successivi alla data delle riunioni	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	0%	50%	E' stato garantito il supporto segretariale nel rispetto dell'indicatore. La documentazione a supporto è agli atti presso l'Ufficio Controllo di Gestione (mail della direzione generale del 11.04.2019)
							100,00%
Supporto tecnico-informatico alla stesura di documenti della direzione strategica	Predisposizione di tabelle/presentazioni ppt a supporto dell'attività della direzione strategica	almeno 10	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	0%	50%	sono stati predisposti 11 documenti (nota del direttore generale prot. 21692 del 15.11.2018)
							100,00%

Sintesi valutazione: Segreteria Direzione Generale

ANNO 2018

Scala di verifica e valutazione della performance raccordata con scala di riconoscimento indennità di risultato/produttività collettiva	
grado di conseguimento	percentuale di accesso alla quota annua di retribuzione risultato/produttività collettiva
≥ 95%	100%
60%-94%	in proporzione rispetto al 95%
< 60%	0%

Le percentuali vengono calcolate arrotondate per eccesso o per difetto al numero intero.



Valutato dall'Organismo Indipendente di Valutazione (Verbalì n. 10 del 16/04/2019, n. 11 del 27/06/2019 e n. 12 del 24/07/2019)

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			Monitoraggio
				dirigenza	PO	comparto	
Istruzione Operativa per la "Gestione incidenti a rischio biologico"	Stesura della IO in riferimento alla "Procedura per l'organizzazione degli interventi di primo soccorso e l'attivazione degli interventi di pronto soccorso per i lavoratori operanti al CRO"	Invio della proposta alla direzione entro il 31/10/2018	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si =100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	0%	40%	Istruzione Operativa inviata con prot. 19017 in data 10.10.2018
							100,00%
Istruzione Operativa per la "Gestione delle libere professioni da parte della Sorveglianza Sanitaria"	Stesura della IO in riferimento al "Protocollo di Sorveglianza Sanitaria"	Invio della proposta alla direzione entro il 31/10/2018	Il risultato viene valutato come segue: Se il risultato è si =100% Se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	0%	40%	Istruzione Operativa inviata con prot. 18424 in data 02.10.2018
							100,00%
Organizzazione di corsi di formazione obbligatoria	Organizzazione ed esecuzione di n. 1 corso di formazione obbligatoria: Aggiornamento corso Dirigenti e Preposti per la Sicurezza	entro il 31/12/2018	Il risultato viene valutato come segue: Se il risultato è si =100% Se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	0%	20%	Il corso è stato organizzato in data 11.10.2018 (mail SPPA del 22.03.2019)
							100,00%

Sintesi valutazione: Servizio prevenzione e protezione aziendale

ANNO 2018

Scala di verifica e valutazione della performance raccordata con scala di riconoscimento indennità di risultato/produttività collettiva	
grado di conseguimento	percentuale di accesso alla quota annua di retribuzione risultato/produttività collettiva
≥ 95%	100%
60%-94%	in proporzione rispetto al 95%
< 60%	0%

Le percentuali vengono calcolate arrotondate per eccesso o per difetto al numero intero.

	% incentivazione	% misurazione obiettivi incentivati	% pesi obiettivi monitorati
personale dirigenza			
personale comparto	100%	100,00%	100%

Valutato dall'Organismo Indipendente di Valutazione (Verbali n. 10 del 16/04/2019, n. 11 del 27/06/2019 e n. 12 del 24/07/2019)

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			Monitoraggio
				dirigenza	PO	comparto	
Gestione reclami	1. predisposizione report di monitoraggio e analisi reclami 2. registrazione di reclami nel sistema informativo INSIEL	1. primo report riferito ai primi 9 mesi entro il 31.10; secondo report riferito all'ultimo trimestre entro il 15 gennaio 2019 2. 100% reclami registrati	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei 2 risultati.	<input type="checkbox"/>	0%	70%	1. sono stati predisposti due report di monitoraggio e analisi reclami (il primo relativo al periodo gennaio-settembre e l'altro riferito all'intero anno) 2. è stata garantita la registrazione nel sistema insiel entro il 31.12.2018. (mail dell'URP in data 10.01.2019)
100,00%							
Collaborazione all'elaborazione del bilancio di missione riferito al 2017	elaborazione delle informazioni di competenza della struttura (dati di competenza dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico)	evidenza delle informazioni nel documento del bilancio di missione	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	0%	30%	Il Bilancio di Missione 2017 del CRO è stato pubblicato a Luglio 2018 e la struttura ha provveduto a fornire le informazioni di competenza
100,00%							

Sintesi valutazione: Ufficio relazioni con il pubblico

ANNO 2018

Scala di verifica e valutazione della performance raccordata con scala di riconoscimento indennità di risultato/produttività collettiva

grado di conseguimento	percentuale di accesso alla quota annua di retribuzione risultato/produttività collettiva
≥ 95%	100%
60%-94%	in proporzione rispetto al 95%
< 60%	0%

Le percentuali vengono calcolate arrotondate per eccesso o per difetto al numero intero.

personale dirigenza

personale comparto

% incentivazione

% misurazione obiettivi incentivati

% pesi obiettivi monitorati

100%

100,00%

100%

Valutato dall'Organismo Indipendente di Valutazione (Verbali n. 10 del 16/04/2019, n. 11 del 27/06/2019 e n. 12 del 24/07/2019)

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			Monitoraggio
				dirigenza	PO	comparto	
Il fase del PAC	validazione processi di competenza	entro 31.12.2018	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	50%	0%	50%	validazione inviata con mail del 10.09.2018 del responsabile della struttura
							100,00%
Collaborazione all'elaborazione del bilancio di missione riferito al 2017	elaborazione delle informazioni di competenza della struttura (dati di attività)	evidenza delle informazioni nel documento del bilancio di missione	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	50%	0%	50%	Il Bilancio di Missione 2017 del CRO è stato pubblicato a Luglio 2018 e la struttura ha provveduto a fornire le informazioni di competenza
							100,00%

Sintesi valutazione: SOSD Controllo di Gestione

ANNO 2018

Scala di verifica e valutazione della performance raccordata con scala di riconoscimento indennità di risultato/produttività collettiva	
grado di conseguimento	percentuale di accesso alla quota annua di retribuzione risultato/produttività collettiva
≥ 95%	100%
60%-94%	in proporzione rispetto al 95%
< 60%	0%

Le percentuali vengono calcolate arrotondate per eccesso o per difetto al numero intero.

	% incentivazione	% misurazione obiettivi incentivati	% pesi obiettivi monitorati
personale dirigenza	100%	100,00%	100%
personale comparto	100%	100,00%	100%

Valutato dall'Organismo Indipendente di Valutazione (Verbali n. 10 del 16/04/2019, n. 11 del 27/06/2019 e n. 12 del 24/07/2019)

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			Monitoraggio
				dirigenza	PO	comparto	
Linea progettuale regionale n. 5.2 - fascicolo sanitario elettronico: somministrazione e registrazione elettronica del consenso informato	monitoraggio a campione da parte della direzione sanitaria sulla corretta applicazione dell'istruzione operativa per la raccolta del consenso informato da parte degli operatori	entro 31.12	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	50%	0%		E' stata effettuata una verifica inerente la somministrazione, compilazione e archiviazione del consenso al trattamento dei dati personali e sensibili e al Fascicolo Sanitario Elettronico. L'osservazione ha compreso tutti i front office che accolgono i pazienti che accedono all'Istituto per prestazioni ambulatoriali e di ricovero ospedaliero: Medicina nucleare, radioterapia, Ufficio cassa, Segreteria Unica del Primo Piano, Prericovery Chirurgico, radiologia , Ambulatori della Piattaforma ambulatoriale Medica e prericovery delle Degenze Mediche . Tutte le segreterie, eccetto una, eseguono correttamente la procedura inerente il Fascicolo elettronico. Alla segreteria con comportamento non conforme è stata erogata ulteriore formazione ed a un controllo successivo l'istruzione è stata correttamente applicata. (mail del dirigente delle professioni sanitarie del 28.03.2019)
							100,00%
Linea progettuale regionale: 3.6.7. - Rete Cure Sicure FVG	completamento corsi di formazione dei link professional	entro 31.12	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	50%	0%		Nell'anno 2018 sono stati erogati i seguenti corsi di formazione: EVENTO n° 18044 "ISTITUZIONE DELLA RETE CURE SICURE" (evento base per i Link Professional); EVENTO 18117 "SVILUPPO DELLA RETE DEI LINK PROFESSIONAL: area rischio infettivo (FSC): Gli stessi Link Professional hanno organizzato: l'EVENTO 18148:"SIMULAZIONE D'ISOLAMENTO DI PAZIENTE ONCOLOGICO e l' EVENTO 18150 : "RETE CURE SICURE: RE-TRAINING SULLE MIGLIORI PRATICHE DI INFECTION CONTROL. Gli elementi a supporto di quanto dichiarato sono reperibili presso il CAF del CRO di Aviano. (mail del dirigente delle professioni sanitarie del 28.03.2019)
							100,00%

## Sintesi valutazione: SOSD Direzione delle professioni sanitarie

ANNO 2018

Scala di verifica e valutazione della performance raccordata con scala di riconoscimento indennità di risultato/produttività collettiva	
grado di conseguimento	percentuale di accesso alla quota annua di retribuzione risultato/produttività collettiva
≥ 95%	100%
60%-94%	in proporzione rispetto al 95%
< 60%	0%

Le percentuali vengono calcolate arrotondate per eccesso o per difetto al numero intero.

personale dirigenza

personale comparto

% incentivazione

% misurazione  
obiettivi  
incentivati

% pesi obiettivi  
monitorati

100%

100,00%

100%

Valutato dall'Organismo Indipendente di Valutazione (Verbali n. 10 del 16/04/2019, n. 11 del 27/06/2019 e n. 12 del 24/07/2019)

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			Monitoraggio
				dirigenza	PO	comparto	
Progetto Lean management: implementazione cartella clinica CRO	chiusura progetto	entro 31.12	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	20%	0%	20%	Il progetto e' stato presentato al seminario regionale del 14.06.2018. Sono state garantite 18 ore di formazione rispetto alle 20 ore previste. Nel corso dell'anno il responsabile aziendale del progetto si è trasferito in un altro ente e pertanto c'è stato un ritardo nel cronoprogramma. (mail del responsabile del rischio clinico del 15.04.2019). Tenuto conto dell'attività svolta, la direzione ritiene l'obiettivo raggiunto.
100,00%							
Linea progettuale regionale n. 3.6.7. Rete Cure Sicure FVG	1. approvazione delibera di recepimento comitato 2. partecipazione al comitato interaziendale delle infezioni ospedaliere	1. entro il 30.11 2. almeno 1 componente cro è sempre presente alle riunioni del comitato	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	20%	0%	20%	1. la proposta di delibera per la formalizzazione del CIO è stata inviata all'ufficio affari generali in data 27.11.2018; 2. La partecipazione di almeno un componente cro è sempre stata garantita (evidenza dei verbali) (mail della direzione medica del 25.03.2019) La direzione tenuto conto che la mancata approvazione non è dipesa dalla struttura, ritiene l'obiettivo raggiunto, anche perché i contenuti costituiranno base per una prossima deliberazione.
100,00%							
Linea progettuale regionale n. 5.2 - fascicolo sanitario elettronico: somministrazione e registrazione elettronica del consenso informato	monitoraggio a campione da parte della direzione sanitaria sulla corretta applicazione dell'istruzione operativa per la raccolta del consenso informato da parte degli operatori	entro 31.12	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	20%	0%	20%	E' stata effettuata una verifica inerente la somministrazione, compilazione e archiviazione del consenso al trattamento dei dati personali e sensibili e al Fascicolo Sanitario Elettronico. L'osservazione ha compreso tutti i front office che accolgono i pazienti che accedono all'Istituto per prestazioni ambulatoriali e di ricovero ospedaliero: Medicina nucleare, radioterapia, Ufficio cassa, Segreteria Unica del Primo Piano, Prericovero Chirurgico, radiologia , Ambulatori della Piattaforma ambulatoriale Medica e prericovero delle Degenze Mediche . Tutte le segreterie, eccetto una, eseguono correttamente la procedura inerente il Fascicolo elettronico. Alla segreteria con comportamento non conforme è stata erogata ulteriore formazione ed a un controllo successivo l'istruzione è stata correttamente applicata. (mail del dirigente delle professioni sanitarie del 28.03.2019)
100,00%							
Monitoraggio degli obiettivi di budget dei tempi di attesa contenuti nelle schede di budget delle varie strutture operative	predisposizione di report di monitoraggio	invio al controllo di gestione di almeno due report con cadenza semestrale	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	20%	0%	20%	I report sono stati inviati per garantire le revisioni di budget.
100,00%							

Linea progettuale regionale: completamento corsi di  
**3.6.7. - Rete Cure Sicure FVG** formazione dei link professional

**entro 31.12**

Il risultato viene valutato come segue:  
 se il risultato è sì = 100%  
 se il risultato è no = 0%

20% 0% 20%

Nell'anno 2018 sono stati erogati i seguenti corsi di formazione: EVENTO n° 18044 "ISTITUZIONE DELLA RETE CURE SICURE" (evento base per i Link Professional); EVENTO 18117 "SVILUPPO DELLA RETE DEI LINK PROFESSIONAL: area rischio infettivo (FSC): Gli stessi Link Professional hanno organizzato: l'EVENTO 18148:"SIMULAZIONE D'ISOLAMENTO DI PAZIENTE ONCOLOGICO e l' EVENTO 18150 : "RETE CURE SICURE: RE-TRAINING SULLE MIGLIORI PRATICHE DI INFECTION CONTROL. Gli elementi a supporto di quanto dichiarato sono reperibili presso il CAF del CRO di Aviano. (mail del dirigente delle professioni sanitarie del 28.03.2019)

100,00%

**Sintesi valutazione: SOSD Direzione Medica di Presidio**

ANNO 2018

**Scala di verifica e valutazione della performance raccordata con scala di riconoscimento indennità di risultato/produttività collettiva**

grado di conseguimento	percentuale di accesso alla quota annua di retribuzione risultato/produttività collettiva
≥ 95%	100%
60%-94%	in proporzione rispetto al 95%
< 60%	0%

Le percentuali vengono calcolate arrotondate per eccesso o per difetto al numero intero.

	% incentivazione	% misurazione obiettivi incentivati	% pesi obiettivi monitorati
personale dirigenza	100%	100,00%	100%
personale comparto	100%	100,00%	100%

Valutato dall'Organismo Indipendente di Valutazione (Verbalì n. 10 del 16/04/2019, n. 11 del 27/06/2019 e n. 12 del 24/07/2019)

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			Monitoraggio
				dirigenza	PO	comparto	
<b>Monitoraggio della completezza e correttezza delle registrazioni AIFA nel rispetto delle indicazioni autorizzate e dei criteri di eleggibilità definiti dall'AIFA.</b>	1. predisposizione nota ai medici prescrittori sulle modalità di registrazione di : A) scheda paziente di eleggibilità; B) scheda AIFA per la singola prescrizione; 2. relazione sui risultati del monitoraggio delle registrazioni di cui alla nota del punto 1 riferito al periodo 25.11.2018-24.12.2018	<b>1. trasmissione nota alla direzione sanitaria entro 15.11.2018</b> <b>2. relazione entro il 31.12.2018</b>	l'obiettivo è raggiunto se sono rispettati entrambi i target	40%	0%	40%	<p>1. la nota è stata trasmessa al direttore sanitario con mail del 14.11.2018.</p> <p>2. Tenuto conto che la nota non è stata trasmessa dal direttore sanitario ai medici prescrittori, il responsabile della farmacia non ha potuto garantire il monitoraggio richiesto. Ha comunque inviato nota sull'aggiornamento rimborsi da Registro Farmaci Oncologici sottoposti a Monitoraggio (RFOM) (nota prot. 22/FARM del 22.02.2019). Vista l'attività svolta, la direzione ritiene l'obiettivo raggiunto.</p>
<b>100,00%</b>							
<b>Utilizzo dei farmaci a brevetto scaduto</b>	% di conversione alla specialità a brevetto scaduto	<b>≥ 80% delle dosi di utilizzo dei farmaci a brevetto scaduto di pari principio attivo (a partire dal mese successivo alla disponibilità del biosimilare/generico)</b>	la valutazione terrà conto del completamento delle richieste al Provveditorato e all'EGAS per l'utilizzo dei farmaci a brevetto scaduto entro 45 gg dalla pubblicazione in GU	30%	0%	30%	<p>Le due relazioni semestrali inviate dal responsabile evidenziano l'utilizzo dei farmaci biosimilari al 90%. (1° invio via PEC del 21.09.2018, 2° invio via PEC del 29.03.2019)</p>
<b>100,00%</b>							
<b>Erogazione primo ciclo in DD</b>	predisposizione di relazioni sull'attività svolta e i risultati raggiunti	<b>2 relazioni semestrali</b>	il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	30%	0%	30%	<p>1. prima relazione prot. 21877-78 in data 19.11.2018</p> <p>2. seconda relazione prot. 32/2019 FARM in data 15.04.2019 (mail del responsabile della struttura in data 15.04.2019)</p>
<b>100,00%</b>							

## Sintesi valutazione: SOSD Farmacia

ANNO 2018

Scala di verifica e valutazione della performance raccordata con scala di riconoscimento indennità di risultato/produttività collettiva	
grado di conseguimento	percentuale di accesso alla quota annua di retribuzione risultato/produttività collettiva
≥ 95%	100%
60%-94%	in proporzione rispetto al 95%
< 60%	0%

Le percentuali vengono calcolate arrotondate per eccesso o per difetto al numero intero.

personale dirigenza

personale comparto

% incentivazione	% misurazione obiettivi incentivati	% pesi obiettivi monitorati
100%	100,00%	100%
100%	100,00%	100%