

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA

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

CENTRO DI RIFERIMENTO ONCOLOGICO



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

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N° 294 DEL 04/09/2017

OGGETTO

APPROVAZIONE BUDGET 2017

IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Ing. Mario Tubertini

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

OGGETTO: APPROVAZIONE BUDGET 2017

IL DIRETTORE GENERALE

Premesso che la legge regionale 10 novembre 2015 n. 26 recante “Disposizioni in materia di programmazione e contabilità e altre disposizioni finanziarie urgenti” all’art. 42 prevede per le aziende del SSR una gestione per budget;

Vista la deliberazione di Giunta Regionale n. 2550 del 23.12.2016 che approva in via definitiva il documento “Linee annuali per la gestione del Servizio Sanitario Regionale nel 2017” nel quale sono definiti:

- il processo di programmazione;
- le risorse;
- le progettualità annuali;

Richiamata la deliberazione del direttore generale n. 375 del 30 dicembre 2016 con la quale è stato adottato il “Programma annuale e Bilancio preventivo 2017”;

Precisato che nel suddetto programma, compatibilmente con i vincoli economici, l’Istituto ha formulato la programmazione dell’erogazione dei livelli di assistenza da garantire nell’anno 2017, ha individuato le linee di attività dell’area clinico-assistenziale e di ricerca e ha declinato, nel proprio contesto aziendale, gli obiettivi afferenti alle linee progettuali indicate dalla Regione;

Richiamate le delibere di Giunta regionale n. 736 del 21 aprile 2017 di approvazione della programmazione annuale 2017 del servizio sanitario regionale e n. 774 del 28.04.2017 di approvazione del patto 2017 tra regione e direttori generali degli enti del servizio sanitario regionale;

Precisato che, in attesa dell’approvazione del regolamento attuativo dell’atto aziendale e della completa attuazione dell’atto aziendale, il percorso di budget è stato attuato secondo la nuova articolazione organizzativa anche al fine di assicurare la gestione dei dati secondo il nuovo modello;

Preso atto che l’iter seguito per la definizione del Budget è stato articolato nelle seguenti fasi, così come previsto dal documento “Percorso di budget 2017”:

1. mese di febbraio 2017: predisposizione dell’albero della performance in linea con gli indirizzi di carattere programmatico ministeriale, regionale e aziendale e dei report di analisi della performance delle strutture cliniche e di ricerca, triennio 2014-2016, con particolare riferimento ai criteri/indicatori IRCCS e agli indicatori/target regionali;
2. 16 marzo 2017: presentazione del percorso di budget al collegio di direzione;

3. periodo 28.03.2017-14.04.2017 e 17.05.2017-18.05.2017: riunioni di istruttoria di budget tra le singole strutture dei dipartimenti clinici e di ricerca finalizzate alla definizione di una proposta di budget;
4. periodo 05.06.2017- 27.06.2017: svolgimento degli incontri di negoziazione tra la direzione strategica e le singole strutture operative dei dipartimenti clinici e di ricerca;
5. mese di luglio 2017: predisposizione scheda definitiva con l'evidenza di alcune modifiche in termini di risorse umane negoziate a seguito del piano di rientro inviato alla Direzione Centrale Salute nel mese di luglio. Trasmissione della scheda ai responsabili di budget con nota del Direttore Generale (prot. 12769/DG), con invito a restituirne copia firmata dal responsabile ed a comunicarne i contenuti ai collaboratori tramite firma di presa visione;
6. mese di agosto 2017: individuazione e assegnazione degli obiettivi di budget delle strutture/uffici delle direzioni (generale, amministrativa, sanitaria e scientifica);

Considerato che gli obiettivi/progetti contenuti nelle schede di budget sono coerenti con le finalità contenute nella programmazione aziendale 2017;

Precisato che le fasi di monitoraggio e valutazione sono disciplinate nel documento "Percorso di budget 2017";

Preso atto che l'Organismo indipendente di valutazione (OIV) nella seduta del 28.06.2017 ha preso in esame le schede di budget delle strutture operative dei dipartimenti clinici e di ricerca, visionando alcune a campione e riscontrando che sono complete, ben articolate e allineate all'albero della performance;

Preso atto altresì che l'OIV nella seduta del 04 agosto 2017 ha preso in esame alcune schede di budget delle direzioni ritenendole idonee alla prosecuzione del percorso di budget e rinviando alla fase di verifica dei risultati una più pertinente valutazione dell'idoneità dello strumento e dei contenuti.

Ritenuto di approvare il percorso di budget e le schede di budget negoziate per l'anno 2017, che costituiscono parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;

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

Preso atto del visto apposto dal Responsabile dell'Ufficio Legale che attesta la legittimità del presente provvedimento;

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

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

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

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

acquisito, per quanto di rispettiva competenza, il parere favorevole:
del Direttore Sanitario, Dott.ssa Valentina Solfrini,
del Direttore Amministrativo, Dott. Renzo Alessi
e del Direttore Scientifico, Dott. Paolo De Paoli

D E L I B E R A

1. di prendere atto della conclusione del percorso di definizione degli obiettivi di budget 2017;
2. di approvare il documento del percorso di budget 2017 e le schede di budget allegati.

Allegati n. 2

Percorso di budget 2017

Con delibera n. 2550 del 23.12.2016, la Giunta Regione Friuli Venezia Giulia ha approvato le “Linee per la gestione del Servizio Sanitario e Socio Sanitario regionale anno 2017”

Con delibera n. 375 del 30.12.2016, il CRO ha adottato il Programma Annuale e Bilancio Preventivo 2017.

Avendo quindi a disposizione tutti gli elementi necessari, si avvia il percorso di budget attraverso il quale i direttori e responsabili delle strutture operative del CRO verranno portati a conoscenza dell'evoluzione definitiva della programmazione aziendale per il 2017 e potranno concertare con la direzione dell'Istituto le modalità più adeguate per conseguire gli obiettivi loro assegnati, comprese le risorse collegate al conseguimento dei target di esercizio.

Il percorso

Nel corso del 2017 si prevede di introdurre un approccio di tipo bottom up alla preparazione del budget delle strutture dei dipartimenti clinici e di ricerca e di mantenere un approccio top down per l'assegnazione di obiettivi di budget delle strutture/uffici delle direzioni (generale, amministrativa, sanitaria e scientifica). In attesa dell'approvazione del regolamento attuativo dell'atto aziendale e della completa attuazione dell'atto aziendale, il budget viene assegnato secondo l'articolazione organizzativa di cui alla deliberazione n. 267 del 03.11.2016.

Il percorso prevede le seguenti fasi:

1. predisposizione dell'albero della performance in linea con gli indirizzi di carattere programmatorio ministeriale, regionale e aziendale e dei report di analisi della performance delle strutture cliniche e di ricerca, triennio 2014-2016, con particolare riferimento ai criteri/indicatori IRCCS e agli indicatori/target regionali;
2. incontri di istruttoria di budget tra le diverse strutture operative dei dipartimenti clinici e di ricerca e il gruppo di supporto formato dal responsabile del controllo di gestione, dal responsabile medico di presidio, dal responsabile delle professioni sanitarie e dal responsabile delle risorse umane. L'esito di queste riunioni è quello di procedere alla definizione di una proposta di budget obiettivi, attività risorse, da negoziare con la direzione strategica;
3. svolgimento degli incontri di negoziazione di budget tra la direzione strategica e le varie strutture operative dei dipartimenti;
4. predisposizione definitiva delle schede di budget da parte della direzione strategica;
5. individuazione ed assegnazione obiettivi di budget delle strutture/uffici delle direzioni (generale, amministrativa, sanitaria e scientifica);
6. approvazione delle schede di budget con delibera del direttore generale;
7. monitoraggio e revisione del budget a partire dal mese di ottobre a seguito della disponibilità del II rendiconto quadrimestrale infrannuale.

A. La scheda di Budget

Ciascuna struttura operativa complessa e semplice dipartimentale (nel caso di risorse e attività chiaramente attribuibili) dispone di una scheda riepilogativa nella quale sono evidenziati gli obiettivi, gli indicatori, i target e le risorse di personale negoziate.

B. La valutazione degli obiettivi

Il raggiungimento degli obiettivi deve essere attestato dalla Direzione di competenza (generale, scientifica, sanitaria e amministrativa), sulla base del sistema di monitoraggio aziendale, fatto salvo le rilevazioni ancora in capo alle singole strutture per le quali i direttori/responsabili produrranno i report e le evidenze di specie. All'Organismo indipendente di valutazione (OIV) spetta la valutazione finale in merito al raggiungimento o meno degli obiettivi annuali; a tale

scopo l'OIV può richiedere supplementi di istruttoria rispetto alla documentazione proposta dalle Direzioni competenti, qualora la stessa non sia ritenuta probatoria.

C. La valutazione individuale

Per accedere alla corresponsione della retribuzione di risultato per la dirigenza e della produttività collettiva per il comparto è necessario che vi sia una valutazione positiva sull'operato dei professionisti nel corso dell'anno. Per l'anno 2017 non vi saranno graduazioni ulteriori all'interno di un giudizio positivo complessivo.

Valutazione della dirigenza

La valutazione individuale dovrà essere effettuata dal dirigente responsabile, in qualità di valutatore di prima istanza, utilizzando una apposita Guida alla Valutazione in formato elettronico, predisposta dalla Direzione del CRO.

La Guida alla Valutazione per il personale dirigente è articolata in specifiche dimensioni, ciascuna delle quali comprende più fattori di osservazione, che consentono di produrre un giudizio complessivo finale.

Tra i fattori di osservazione saranno riportati anche quelli riguardanti gli obiettivi presenti nella scheda di budget 2017, al fine di rendere coerenti i due strumenti di valutazione.

I fattori di osservazione che riguardano l'attività scientifica saranno valutati per tutti a cura della Direzione Scientifica.

L'esame della performance individuale non può essere liquidata alla stregua di un mero adempimento formale, bensì deve essere condotta dal valutatore di prima istanza nel corso di un colloquio/confronto con il diretto interessato; quest'ultimo deve sottoscrivere il giudizio complessivo anche qualora non sia d'accordo sul risultato: in questo caso ha facoltà di motivare il disaccordo per iscritto, chiedendo una valutazione aggiuntiva, ovvero di seconda istanza, da parte dell'OIV.

L'occasione del confronto per la valutazione individuale dovrà essere proficuamente utilizzata anche per individuare piani di miglioramento e sviluppo per il dirigente, dei quali si dovrà tener conto nei programmi formativi aziendali per l'anno successivo.

D. Sistema premiante

Come già riportato nel paragrafo precedente, il personale accede alla corresponsione della retribuzione di risultato/produttività solo in presenza di una valutazione positiva individuale.

Viene, inoltre, introdotta la seguente scala di verifica e valutazione della performance raccordata con la scala di riconoscimento dell'indennità di risultato/produttività collettiva.

ANNO 2017

| 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.

BUDGET 2017

Dipartimento di Oncologia Clinica

pagg. 01-28

| | Dirigenza | Comparto | |
|---|-----------|----------|-------------|
| SOC Oncologia A | x | | pagg. 01-03 |
| SOC Oncologia B | x | | pagg. 04-06 |
| SOC Oncologia CRO di Area Vasta Pordenonese | x | | pagg. 07-08 |
| SOC Chirurgia Oncologica del Seno | x | | pagg. 09-10 |
| SOC Chirurgia Oncologica Ginecologica | x | | pagg. 11-13 |
| SOC Gastroenterologia Oncologica Sperimentale | x | | pagg. 14-16 |
| SOC Anestesia e Rianimazione | x | | pagg. 17-18 |
| SOSD Terapia Cellulare e Chemioterapia ad Alte Dosi | x | | pagg. 19-21 |
| SOSD Chirurgia Oncologica Generale | x | | pagg. 22-24 |
| SOSD Psicologia Oncologica | x | | pagg. 25-26 |
| Personale del Comparto dipartimento | | x | pagg. 27-28 |

Dipartimento della Ricerca e della Diagnostica avanzata dei Tumori

pagg. 29-44

| | Dirigenza | Comparto | |
|--|-----------|----------|-------------|
| SOC Oncogenetica e Oncogenomica funzionale | x | | pagg. 29-30 |
| SOC Oncol. Molecolare e Modelli Preclin. di Progress. Tumorale | x | | pagg. 31-32 |
| SOC Farmacologia Sperimentale e Clinica | x | | pagg. 33-34 |
| SOC Immunopatologia e Biomarcatori Oncologici | x | | pagg. 35-36 |

| | | | |
|--|---|---|-------------|
| SOC Oncoematologia Clinico Sperimentale | x | | pagg. 37-38 |
| SOSD Anatomia Patologica ad indirizzo oncologico | x | | pagg. 39-40 |
| Struttura Tecnologie cliniche e sperimentali per Terapie Cellulari | | | pagg. 41-42 |
| Personale del Comparto dipartimento | | x | pagg. 43-44 |

Dipartimento delle Alte Tecnologie

pagg. 45-60

| | Dirigenza | Comparto | |
|--|-----------|----------|-------------|
| SOC Radiologia | x | x | pagg. 45-48 |
| SOC Medicina Nucleare | x | x | pagg. 49-52 |
| SOC Fisica Sanitaria | x | x | pagg. 53-55 |
| SOC Oncologia Radioterapica | x | x | pagg. 56-58 |
| SOSD Area di Oncol. Integrata Adolescenti e Giovani Adulti | | | pagg. 59-60 |

Direzione Amministrativa

pagg. 61-65

| | Dirigenza | Comparto | |
|---|-----------|----------|-------------|
| SOC Approvvigionamenti, Economato e Logistica | x | x | pag. 61 |
| SOC Gestione delle Tecnologie Cliniche, Tecnico-Strutturali e Informatiche | x | x | pag. 62 |
| SOC Gestione Risorse Economico-Finanziarie | x | x | pag. 63 |
| SOC Legali, Affari Generali e gestione Risorse Umane | x | x | pagg. 64-65 |

Direzione Generale

pagg. 66-69

| | Dirigenza | Comparto | |
|--|-----------|----------|-------------|
| Direzione Generale (segreteria, SPPA, URP) | | x | pagg. 66-68 |

| | | | | |
|----------------------------|---|---|------|----|
| SOSD Controllo di Gestione | x | x | pag. | 69 |
|----------------------------|---|---|------|----|

Direzione Sanitaria

pagg. 70-73

| | Dirigenza | Comparto | | |
|--|-----------|----------|------|----|
| Direzione Sanitaria (Servizio Qualità e Rischio Clinico) | x | x | pag. | 70 |
| SOSD Direzione delle professioni sanitarie | x | | pag. | 71 |
| SOSD Direzione Medica di Presidio | x | x | pag. | 72 |
| SOSD Farmacia | x | x | pag. | 73 |

Direzione Scientifica

pagg. 74-77

| | Dirigenza | Comparto | | |
|---|-----------|----------|-------|-------|
| Direzione Scientifica (CAF e uffici di staff) | x | x | pagg. | 74-76 |
| SOC Epidemiologia e Biostatistica | x | x | pag. | 77 |

BUDGET 2017 - SOC ONCOLOGIA A - DIRIGENZA

Volumi e case mix

| OBIETTIVO | INDICATORI/ATTIVITA' | TARGET 2017 | CRITERI VALUTAZIONE | PESI INCENTIVAZIONE | RESPONSABILE DEL DATO |
|--|---------------------------------|-------------|--|---------------------|-----------------------|
| Mantenimento volumi e produttività storica | Valore di produzione per medico | ≥ 570.000 | vengono riconosciuti: - franchigia: 1% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: € 552.000 Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: 564.300. Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo | 20% | controllo di gestione |

Attrattività e autosufficienza

| OBIETTIVO | INDICATORI/ATTIVITA' | TARGET 2017 | CRITERI VALUTAZIONE | PESI INCENTIVAZIONE | RESPONSABILE DEL DATO |
|---|--|---|---|---------------------|-----------------------|
| Mantenimento della quota di attrazione extraregionale 2016 | % dimessi ordinari da fuori Regione | ≥ 60% | 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% | controllo di gestione |
| Riduzione della mobilità per Oncologia medica per gli assistiti AAS 5 | Tasso di fuga intraregionale residenti prov Pordenone per Oncologia medica | + 30 ricoveri ordinari residenti AAS 5 rispetto al 2016 (target: 314) | vengono riconosciuti: - franchigia: 1% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: 290. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: 311. Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo | 10% | controllo di gestione |

Efficienza operativa, appropriatezza e accessibilità

| OBIETTIVO | INDICATORI/ATTIVITA' | TARGET 2017 | CRITERI VALUTAZIONE | PESI INCENTIVAZIONE | RESPONSABILE DEL DATO |
|--|--------------------------------|-------------------------|---|---------------------|-----------------------|
| Trasferimento attività in regime ambulatoriale | % di attività in DH trasferita | 60% a partire dal 01.07 | 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% | controllo di gestione |

| | | | | | |
|---|--|---|---|-----|-----------------------|
| Rispetto degli standard sui Tempi max di attesa per la visita oncologica | Indice di performance priorità B | target regionale: ≥ 95% priorità B | vengono riconosciuti: - franchigia: 3% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: 55,75%. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: 92,15%. Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo | 10% | ufficio qualità |
| Rispetto degli standard sui Tempi max di attesa per i ricoveri | Indice di performance priorità A | target regionale: ≥ 95% priorità A | vengono riconosciuti: - franchigia: 3% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: 88,66%. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: 92,15%. Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo | 5% | ufficio qualità |
| Contenimento del consumo di farmaci infusionali per giornata di terapia | indicatore: costo farmaci chemioterapie infusionali OMA/(GG terapia infusione) | ≤ € 452 | viene valutato in coerenza con quanto conseguito rispetto all'obiettivo quanti - qualitativo della produzione e ai criteri di appropriatezza di utilizzo | 5% | controllo di gestione |
| 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 | 10% | controllo di gestione |
| appropriatezza dell'attività di ricovero ordinario | % deceduti su dimessi | ≤ 1,6% | viene riconosciuta una franchigia del 7% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%. Al di sopra della franchigia l'obiettivo non è raggiunto | 5% | controllo di gestione |
| 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% | controllo di gestione |

Linee progettuali regionali

| OBIETTIVO | INDICATORI/ATTIVITA' | TARGET 2017 | CRITERI VALUTAZIONE | PESI INCENTIVAZIONE | RESPONSABILE DEL DATO |
|--|--|---|--|---------------------|-----------------------|
| linee progettuali regionali 3.7.5 Individuazione del medico responsabile della gestione del paziente | applicazione della procedura definita dalla direzione sanitaria da maggio 2017 | ≥ 90% dei pazienti con un ricovero di durata > 4 giorni con risposta positiva | Valutazione da parte del call center regionale su un campione di ricoverati da maggio 2017. ≥ 90% = raggiunto < 40% = non raggiunto parzialmente raggiunto: somministrazione per percentuali comprese tra 40% ed il 90% | 5% | cup regionale |

Ricerca

| OBIETTIVO | INDICATORI/ATTIVITA' | TARGET 2017 | CRITERI VALUTAZIONE | PESI INCENTIVAZIONE | RESPONSABILE DEL DATO |
|-----------|----------------------|-------------|---------------------|---------------------|-----------------------|
|-----------|----------------------|-------------|---------------------|---------------------|-----------------------|

| | | | | | |
|--|---|--------------------------------------|--|-----|------------------------|
| Mantenimento livello di produzione scientifica | punti di impact factor normalizzato | ≥ 115 | vengono riconosciuti: - franchigia: 7% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: 103,5. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: 106,95. Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo | 10% | biblioteca scientifica |
| progetto terapie cellulari avanzate in collaborazione con l'IRST di Meldola | avvio dei protocolli per melanoma, rene e colon | entro l'ultimo trimestre 2017 | Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% | 5% | cellule staminali |

100%

Risorse negoziate:

conferma dotazione attuale (con un'eventuale assunzione a tempo determinato nel caso di trasferimento di altro medico all'OMB) - concorso Direttore di struttura.

Risorse negoziate modificate dalle direzioni:

conferma dotazione attuale (con assunzione a tempo determinato a seguito del trasferimento di altro medico all'OMB a partire dal 01.09.2017) - concorso Direttore di struttura.

BUDGET 2017 - SOC ONCOLOGIA B - DIRIGENZA

Volumi e case mix

| OBIETTIVO | INDICATORI/ATTIVITA' | TARGET 2017 | CRITERI VALUTAZIONE | PESI INCENTIVAZIONE | RESPONSABILE DEL DATO |
|--|---------------------------------|-------------|--|---------------------|-----------------------|
| Mantenimento volumi e produttività storica | Valore di produzione per medico | ≥ € 787.000 | vengono riconosciuti: - franchigia: 1% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: € 763.400 Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: 779.130. Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo | 20% | controllo di gestione |

Attrattività e autosufficienza

| OBIETTIVO | INDICATORI/ATTIVITA' | TARGET 2017 | CRITERI VALUTAZIONE | PESI INCENTIVAZIONE | RESPONSABILE DEL DATO |
|--|-------------------------------------|-------------|--|---------------------|-----------------------|
| Mantenimento della quota di attrazione extraregionale 2016 | % dimessi ordinari da fuori Regione | ≥ 57% | vengono riconosciuti: - franchigia: 3% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: 52%. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: 55,29%. Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo | 5% | controllo di gestione |

| | | | | | |
|---|--|--|---|----|-----------------------|
| Riduzione della mobilità per Oncologia medica per gli assistiti AAS 5 | Tasso di fuga intraregionale residenti prov Pordenone per Oncologia medica | + 20 rispetto all'anno 2016 (target 147) | vengono riconosciuti: - franchigia: 1% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: 137. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: 145. Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo | 5% | controllo di gestione |
|---|--|--|---|----|-----------------------|

Efficienza operativa, appropriatezza e accessibilità

| OBIETTIVO | INDICATORI/ATTIVITA' | TARGET 2017 | CRITERI VALUTAZIONE | PESI INCENTIVAZIONE | RESPONSABILE DEL DATO |
|-----------|----------------------|-------------|---------------------|---------------------|-----------------------|
|-----------|----------------------|-------------|---------------------|---------------------|-----------------------|

| | | | | | |
|---|--|---|---|-----|-----------------------|
| Trasferimento attività in regime ambulatoriale | % di attività in DH trasferita | 60% a partire dal 01.07 | 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% | controllo di gestione |
| Rispetto degli standard sui Tempi max di attesa per la visita oncologica | indice di performance priorità B | target regionale: ≥ 95% priorità B | vengono riconosciuti: - franchigia: 3% 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: 92,15%. Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo | 10% | ufficio qualità |
| Rispetto degli standard sui Tempi max di attesa per i ricoveri | indice di performance priorità A | target regionale: ≥ 95% priorità A | 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% | ufficio qualità |
| Contenimento del consumo di farmaci infusionali per giornata di terapia | indicatore: costo farmaci chemioterapie infusionali OMB/(GG terapia infusione) | ≤ € 879 | viene valutato in coerenza con quanto conseguito rispetto all'obiettivo quanti - qualitativo della produzione e ai criteri di appropriatezza di utilizzo | 5% | controllo di gestione |
| 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 | 10% | controllo di gestione |
| appropriatezza dell'attività di ricovero ordinario | % deceduti su dimessi | ≤ 5% | viene riconosciuta una franchigia del 7% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%. Al di sopra della franchigia l'obiettivo non è raggiunto | 5% | controllo di gestione |
| 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% | controllo di gestione |

Linee progettuali regionali

| OBIETTIVO | INDICATORI/ATTIVITA' | TARGET 2017 | CRITERI VALUTAZIONE | PESI INCENTIVAZIONE | RESPONSABILE DEL DATO |
|--|--|---|--|---------------------|-----------------------|
| linee progettuali regionale 3.7.5 Individuazione del medico responsabile della gestione del paziente | applicazione della procedura definita dalla direzione sanitaria da maggio 2017 | ≥ 90% dei pazienti con un ricovero di durata > 4 giorni con risposta positiva | Valutazione da parte del call center regionale su un campione di ricoverati da maggio 2017. ≥ 90% = raggiunto < 40% = non raggiunto parzialmente raggiunto: somministrazione per percentuali comprese tra 40% ed il 90% | 5% | cup regionale |

Ricerca

| OBIETTIVO | INDICATORI/ATTIVITA' | TARGET 2017 | CRITERI VALUTAZIONE | PESI INCENTIVAZIONE | RESPONSABILE DEL DATO |
|-----------|----------------------|-------------|---------------------|---------------------|-----------------------|
|-----------|----------------------|-------------|---------------------|---------------------|-----------------------|

| | | | | | |
|--|---|--------------------------------------|--|-----|------------------------|
| Mantenimento livello di produzione scientifica | punti di impact factor normalizzato | ≥ 49 | vengono riconosciuti: - franchigia: 7% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: 43. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: 45,57. Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo | 10% | biblioteca scientifica |
| progetto terapie cellulari avanzate in collaborazione con l'IRST di Meldola | avvio dei protocolli per melanoma, rene e colon | entro l'ultimo trimestre 2017 | Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% | 10% | cellule staminali |

100%

Risorse negoziate:

trasferimento contratto a tempo determinato dall'OMA all'OMB

Risorse negoziate modificate dalle direzioni:

trasferimento contratto a tempo determinato dall'OMA all'OMB a partire dal 01.09.2017

BUDGET 2017 - ONCOLOGIA CRO DI AREA PORDENONESE - DIRIGENZA

Volumi e case mix

| OBIETTIVO | INDICATORI/ATTIVITA' | TARGET 2017 | CRITERI VALUTAZIONE | PESI INCENTIVAZIONE | RESPONSABILE DEL DATO |
|--|---------------------------------|-------------|--|---------------------|-----------------------|
| Mantenimento volumi e produttività storica | Valore di produzione per medico | ≥ € 423.000 | vengono riconosciuti: - franchigia: 1% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: € 410.493 Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: 418.957. Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo | 30% | controllo di gestione |

Efficienza operativa, appropriatezza e accessibilità

| OBIETTIVO | INDICATORI/ATTIVITA' | TARGET 2017 | CRITERI VALUTAZIONE | PESI INCENTIVAZIONE | RESPONSABILE DEL DATO |
|--|--|---|--|---------------------|-----------------------|
| Riduzione della mobilità per Oncologia medica per gli assistiti AAS 5 | Tasso di fuga intraregionale residenti prov Pordenone per Oncologia medica | + 50 rispetto all'anno 2016 (totale dimessi ordinari OMA+OMB = 461) | la valutazione è effettuata considerando i risultati raggiunti dall'OMA e dall'OMB (target complessivo dimessi: 461): - limite inferiore: 427 dimessi ordinari (OMA+OMB) per gli assistiti dell'AAS 5. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: 456 (totale dimessi (OMA+OMB) per gli assistiti dell'AAS 5, entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% . Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo | 20% | controllo di gestione |
| Rispetto degli standard sui Tempi max di attesa per la visita oncologica | indice di performance priorità B | target regionale: ≥ 95% priorità B | i criteri di misurazione e verifica verranno definiti non appena disponibili i dati storici con le stesse modalità adottate per le altre strutture | 15% | ufficio qualità |
| Contenimento del consumo di farmaci infusionali per giornata di terapia | indicatore: costo farmaci chemioterapie infusionali OM PN-SAN VITO/(GG terapia infusione) | ≤ € 813 | viene valutato in coerenza con quanto conseguito rispetto all'obiettivo quanti - qualitativo della produzione e ai criteri di appropriatezza di utilizzo | 10% | controllo di gestione |
| 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% | controllo di gestione |

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%

controllo di gestione

Ricerca

| OBIETTIVO | INDICATORI/ATTIVITA' | TARGET 2017 | CRITERI VALUTAZIONE | PESI INCENTIVAZIONE | RESPONSABILE DEL DATO |
|--|-------------------------------------|---|---|---------------------|------------------------|
| Mantenimento livello di produzione scientifica | punti di impact factor normalizzato | individuare il percorso per la rilevazione della produzione scientifica | Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% | 5% | biblioteca scientifica |

100%

Risorse negoziate:

mantenimento della dotazione organica (7 unità di dirigente medico)

Risorse negoziate modificate dalle direzioni:

mantenimento della dotazione organica (7 unità di dirigente medico)

BUDGET 2017 - SOC ONCOLOGIA CHIRURGICA ONCOLOGICA DEL SENO - DIRIGENZA

Volumi e case mix

| OBIETTIVO | INDICATORI/ATTIVITA' | TARGET 2017 | CRITERI VALUTAZIONE | PESI INCENTIVAZIONE | RESPONSABILE DEL DATO |
|--|---------------------------------|------------------|---|---------------------|-----------------------|
| incremento \geq 4% del volume di produzione per medico | Valore di produzione per medico | \geq € 878.000 | vengono riconosciuti: - franchigia: 1% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: € 843.500. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: € 869.220. Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo | 25% | controllo di gestione |

Attrattività e autosufficienza

| OBIETTIVO | INDICATORI/ATTIVITA' | TARGET 2017 | CRITERI VALUTAZIONE | PESI INCENTIVAZIONE | RESPONSABILE DEL DATO |
|--|-------------------------------------|-------------|---|---------------------|-----------------------|
| Miglioramento dell'attrattività extraregionale dell'attività in regime di ricovero ordinario | % dimessi ordinari da fuori Regione | \geq 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 | 10% | controllo di gestione |

Efficienza operativa, appropriatezza e accessibilità

| OBIETTIVO | INDICATORI/ATTIVITA' | TARGET 2017 | CRITERI VALUTAZIONE | PESI INCENTIVAZIONE | RESPONSABILE DEL DATO |
|--|----------------------------------|---|---|---------------------|-----------------------|
| Rispetto degli standard sui Tempi max di attesa per intervento neoplasia mammella | indice di performance priorità A | target regionale: \geq 95% priorità A | vengono riconosciuti: - franchigia: 3% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: 85,43%. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: 92,15%. Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo | 10% | ufficio qualità |
| Rispetto degli standard sui Tempi max di attesa per la visita chirurgia senologica | indice di performance priorità B | target regionale: \geq 95% priorità B | 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% | ufficio qualità |
| Rispetto degli standard sui Tempi max di attesa per la visita chirurgia senologica | indice di performance priorità D | target regionale: \geq 90% priorità D | 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% | ufficio qualità |

| | | | | | |
|--|---|---------|---|-----|-----------------------|
| 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% | controllo di gestione |
| 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% | ufficio qualità |
| 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% | direzione sanitaria |

Linee progettuali regionali

| OBIETTIVO | INDICATORI/ATTIVITA' | TARGET 2017 | CRITERI VALUTAZIONE | PESI INCENTIVAZIONE | RESPONSABILE DEL DATO |
|---|--|---|--|---------------------|-----------------------|
| linee progettuali regionale 3.7.5 Individuazione del medico responsabile della gestione del paziente | applicazione della procedura definita dalla direzione sanitaria da maggio 2017 | ≥ 90% dei pazienti con un ricovero di durata > 4 giorni con risposta positiva | Valutazione da parte del call center regionale su un campione di ricoverati da maggio 2017. ≥ 90% = raggiunto < 40% = non raggiunto parzialmente raggiunto: somministrazione per percentuali comprese tra 40% ed il 90% | 5% | cup regionale |

Ricerca

| OBIETTIVO | INDICATORI/ATTIVITA' | TARGET 2017 | CRITERI VALUTAZIONE | PESI INCENTIVAZIONE | RESPONSABILE DEL DATO |
|---|--|--------------------------------------|---|---------------------|------------------------|
| Mantenimento livello di produzione scientifica | punti di impact factor normalizzato | ≥ 14 | vengono riconosciuti: - franchigia: 7% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: 11. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: 13. Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo | 5% | biblioteca scientifica |
| progetto di fase I b di ricostruzione mammaria (lipofilling) | - invio protocollo al centro nazionale trapianti - messa in esecuzione del progetto | entro il 30.09 entro il 31.12 | al primo target viene riconosciuta una franchigia di 30 giorni | 10% | cellule staminali |
| | | | | 100% | |

Risorse negoziate:

- mantenimento dotazione 2016- microscopio: € 120.000 finalizzato agli interventi di ricostruzione mammaria e alla ricostruzione negli interventi ginecologici e nei sarcomi

Risorse negoziate modificate dalle direzioni:

nessuna modifica

BUDGET 2017 - SOC CHIRURGIA ONCOLOGICA GINECOLOGICA - DIRIGENZA

Volumi e case mix

| OBIETTIVO | INDICATORI/ATTIVITA' | TARGET 2017 | CRITERI VALUTAZIONE | PESI INCENTIVAZIONE | RESPONSABILE DEL DATO |
|---|---------------------------------|---|--|---------------------|-----------------------|
| conferma del volume di produzione 2016 per medico | Valore di produzione per medico | ≥ 730.000 (valore 2016 calcolato su 5 medici) | vengono riconosciuti: - franchigia: 1% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: € 600.000 Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: € 727.700. Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo | 25% | controllo di gestione |

Attrattività e autosufficienza

| OBIETTIVO | INDICATORI/ATTIVITA' | TARGET 2017 | CRITERI VALUTAZIONE | PESI INCENTIVAZIONE | RESPONSABILE DEL DATO |
|--|-------------------------------------|-------------|--|---------------------|-----------------------|
| Miglioramento dell'attrattività extraregionale dell'attività in regime di ricovero ordinario | % dimessi ordinari da fuori Regione | ≥ 45% | vengono riconosciuti: - franchigia: 3% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: 41,6%. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: 43,65%. Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo | 10% | controllo di gestione |

Efficienza operativa, appropriatezza e accessibilità

| OBIETTIVO | INDICATORI/ATTIVITA' | TARGET 2017 | CRITERI VALUTAZIONE | PESI INCENTIVAZIONE | RESPONSABILE DEL DATO |
|--|----------------------------------|------------------------------------|---|---------------------|-----------------------|
| Rispetto degli standard sui Tempi max di attesa per intervento neoplasia utero | Indice di performance priorità A | target regionale: ≥ 95% priorità A | vengono riconosciuti: - franchigia: 3% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: 79,66%. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: 92,15%. Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo | 10% | ufficio qualità |

| | | | | | |
|---|---|---|--|-----|-----------------------|
| Rispetto degli standard sui Tempi max di attesa per la visita ginecologica | Indice di performance priorità B | target regionale: ≥ 95% priorità B | 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% | ufficio qualità |
| Rispetto degli standard sui Tempi max di attesa per la visita ginecologica | Indice di performance priorità D | target regionale: ≥ 90% priorità D | 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% | ufficio qualità |
| 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 | 10% | controllo di gestione |
| compilazione esaustiva della cartella clinica | 3 monitoraggi quadrimestrali con criteri di campionatura usati per il monitoraggio regionale | ≥ 95% | vengono riconosciuti: - franchigia: 3% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: 89%. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: 92,15% Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo | 10% | ufficio qualità |
| completezza della codifica delle schede di dimissione ospedaliera (SDO) | monitoraggi previsti dal piano controlli regionale | ≥ 95% | vengono riconosciuti: - franchigia: 3% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: 86%. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: 92,15%. Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo | 10% | direzione sanitaria |

Linee progettuali regionali

| OBIETTIVO | INDICATORI/ATTIVITA' | TARGET 2017 | CRITERI VALUTAZIONE | PESI INCENTIVAZIONE | RESPONSABILE DEL DATO |
|--|--|---|--|---------------------|-----------------------|
| linee progettuali regionale 3.7.5 Individuazione del medico responsabile della gestione del paziente | applicazione della procedura definita dalla direzione sanitaria da maggio 2017 | ≥ 90% dei pazienti con un ricovero di durata > 4 giorni con risposta positiva | Valutazione da parte del call center regionale su un campione di ricoverati da maggio 2017. ≥ 90% = raggiunto < 40% = non raggiunto parzialmente raggiunto: somministrazione per percentuali comprese tra 40% ed il 90% | 5% | cup regionale |

Ricerca

| OBIETTIVO | INDICATORI/ATTIVITA' | TARGET 2017 | CRITERI VALUTAZIONE | PESI INCENTIVAZIONE | RESPONSABILE DEL DATO |
|-----------|----------------------|-------------|---------------------|---------------------|-----------------------|
|-----------|----------------------|-------------|---------------------|---------------------|-----------------------|

vengono riconosciuti:
- franchigia: 7% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%
- limite inferiore: 24. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto.
- limite superiore: 28,8.
Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo

Risorse negoziate:

mantenimento equippe medico a tempo indeterminato anno 2016

Risorse negoziate modificate dalle direzioni:

nessuna modifica

BUDGET 2017 - SOC GASTROENTEROLOGIA ONCOLOGICA SPERIMENTALE - DIRIGENZA

Volumi e case mix

| OBIETTIVO | INDICATORI/ATTIVITA' | TARGET 2017 | CRITERI VALUTAZIONE | PESI INCENTIVAZIONE | RESPONSABILE DEL DATO |
|---|---------------------------------|------------------|---|---------------------|-----------------------|
| incremento \geq 3% del volume di produzione 2016 per medico (compresi interni), con aumento dell'incidenza di prestazioni complesse | Valore di produzione per medico | \geq € 210.000 | vengono riconosciuti: - franchigia: 1% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: € 202.900. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: € 207.900. Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo | 25% | controllo di gestione |

Attrattività e autosufficienza

| OBIETTIVO | INDICATORI/ATTIVITA' | TARGET 2017 | CRITERI VALUTAZIONE | PESI INCENTIVAZIONE | RESPONSABILE DEL DATO |
|--|----------------------|-------------|---|---------------------|-----------------------|
| Miglioramento dell'attrattività extraregionale dell'attività specialistica ambulatoriale per esterni | % da fuori Regione | \geq 24% | vengono riconosciuti: - franchigia: 5% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: 21%. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: 22,8%. Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo | 10% | controllo di gestione |

Efficienza operativa, appropriatezza e accessibilità

| OBIETTIVO | INDICATORI/ATTIVITA' | TARGET 2017 | CRITERI VALUTAZIONE | PESI INCENTIVAZIONE | RESPONSABILE DEL DATO |
|--|----------------------------------|---|---|---------------------|-----------------------|
| Rispetto degli standard sui Tempi max di attesa per la visita gastroenterologica | indice di performance priorità B | target regionale: \geq 95% priorità B | 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% | ufficio qualità |

| | | | | | |
|---|----------------------------------|---|--|----|-----------------------|
| Rispetto degli standard sui Tempi max di attesa per la visita gastroenterologica | indice di performance priorità D | target regionale: ≥ 90% priorità D | vengono riconosciuti: - franchigia: 3% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: 77%. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: 87,3%. Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo | 5% | ufficio qualità |
| Rispetto degli standard sui Tempi max di attesa per la coloscopia | indice di performance priorità B | target regionale: ≥ 95% priorità B | vengono riconosciuti: - franchigia: 3% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: 69%. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: 92,15%. Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo | 5% | ufficio qualità |
| Rispetto degli standard sui Tempi max di attesa per la coloscopia | indice di performance priorità D | target regionale: ≥ 90% priorità D | vengono riconosciuti: - franchigia: 3% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: 60%. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: 87,3%. Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo | 5% | ufficio qualità |
| Rispetto degli standard sui Tempi max di attesa per EGDS | indice di performance priorità B | target regionale: ≥ 95% priorità B | vengono riconosciuti: - franchigia: 3% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: 79,8%. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: 92,15%. Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo | 5% | ufficio qualità |
| Rispetto degli standard sui Tempi max di attesa per EGDS | indice di performance priorità D | target regionale: ≥ 90% priorità D | vengono riconosciuti: - franchigia: 3% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: 84,6%. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: 87,3%. Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo | 5% | ufficio qualità |
| Rispetto budget Beni sanitari in rapporto all'attività svolta | importo dei consumi assegnato | ≤ € 210.000 | viene valutato in coerenza con quanto conseguito rispetto all'obiettivo quanti - qualitativo della produzione | 5% | controllo di gestione |

Linee progettuali regionali

| OBIETTIVO | INDICATORI/ATTIVITA' | TARGET 2017 | CRITERI VALUTAZIONE | PESI INCENTIVAZIONE | RESPONSABILE DEL DATO |
|---|--|-------------|---|---------------------|-----------------------|
| 3.2.3 Linea progettuale screening oncologico del colon retto: garantire la corretta e completa compilazione della cartella endoscopica per gli esami di 2° livello di screening | Percentuale di compilazione dei campi fondamentali | ≥ 95% | viene valutato come segue: ≥ 95= 100% < 95% = 0 | 10% | controllo di gestione |

Ricerca

| OBIETTIVO | INDICATORI/ATTIVITA' | TARGET 2017 | CRITERI VALUTAZIONE | PESI INCENTIVAZIONE | RESPONSABILE DEL DATO |
|--|-------------------------------------|-------------|--|---------------------|------------------------|
| Mantenimento livello di produzione scientifica | punti di impact factor normalizzato | ≥ 16 | vengono riconosciuti: - franchigia: 7% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: 12. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: 14,88. Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo | 10% | biblioteca scientifica |

| | | | | | |
|--|--|--|---|-----|-----------------|
| PDTAR: 1. stomaco 2. colon-retto: in attivazione 3. intestino tenue: da attivare | 1.a Documento con flow-chart e indicatori formalizzato entro 31/12 1.b. Uno studio di ricerca del Gruppo PDTAR 2. Partecipazione alle attività 3. Attivare il PDTAR | Rispetto dei primi due indicatori: 1.a Documento con flow-chart e indicatori formalizzato entro 31/12 1.b. Uno studio di ricerca del Gruppo PDTAR | Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% | 10% | ufficio qualità |
|--|--|--|---|-----|-----------------|

100%

Risorse negoziate:

+ 1 contratto a tempo determinato entro 7/17 e un concorso per una unità a tempo indeterminato

Risorse negoziate modificate dalle direzioni:

+ 1 contratto a tempo determinato dal 01.08 e un concorso per una unità a tempo indeterminato

BUDGET 2017 - SOC ANESTESIA E RIANIMAZIONE - DIRIGENZA

volumi e case mix

| OBIETTIVO | INDICATORI/ATTIVITA' | TARGET 2017 | CRITERI VALUTAZIONE | PESI INCENTIVAZIONE | RESPONSABILE DEL DATO |
|---|---|-------------|--|---------------------|-----------------------|
| incremento del 2,5% del numero interventi anno 2016 | numero interventi | > 2.430 | vengono riconosciuti: - franchigia: 1% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: 2.369 Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: 2.406. Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo | 20% | controllo di gestione |
| incremento ore di sala operatoria | numero ore di sala | > 3.170 | vengono riconosciuti: - franchigia: 1% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: 3.090 Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: 3.138. Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo | 10% | controllo di gestione |
| Gestione cateteri vascolari: mantenimento dei volumi di prestazioni anno 2016 | numero di prestazioni complessive (per esterni e per interni) | volumi 2016 | 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% | controllo di gestione |
| incremento attività terapia antalgica per esterni | numero prestazioni per esterni | ≥ 430 | vengono riconosciuti: - franchigia: 3% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: 390 Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: 417. Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo | 20% | controllo di gestione |

Efficienza operativa, appropriatezza e accessibilità

| OBIETTIVO | INDICATORI/ATTIVITA' | TARGET 2017 | CRITERI VALUTAZIONE | PESI INCENTIVAZIONE | RESPONSABILE DEL DATO |
|---|--|-------------|---|---------------------|-----------------------|
| 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% | ufficio qualità |

| | | | | | |
|--|--|-------------|---|-----|-----------------------|
| 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% | direzione sanitaria |
| Rispetto budget prodotti sanitari in rapporto all'attività svolta | budget prodotti sanitari | ≤ € 625.000 | viene valutato in coerenza con quanto conseguito rispetto all'obiettivo quanti - qualitativo della produzione | 5% | controllo di gestione |

Ricerca

| OBIETTIVO | INDICATORI/ATTIVITA' | TARGET 2017 | CRITERI VALUTAZIONE | PESI INCENTIVAZIONE | RESPONSABILE DEL DATO |
|---|-------------------------------------|-------------|--|---------------------|------------------------|
| Mantenimento livello di produzione scientifica | punti di impact factor normalizzato | ≥ 12 | vengono riconosciuti: - franchigia: 7% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: 6. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: 11. Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo | 5% | biblioteca scientifica |
| | | | | 100% | |

Risorse negoziate:

concorso a tempo determinato per 1 unità medica entro luglio 2017 + graduatoria a cui eventualmente accedere per reclutare ulteriori 2 risorse. Proposta di un progetto per il riconoscimento della sofferenza di risorse umane, espressa come orario complessivo dell'equipe medica e attività svolta, attraverso una quota delle rar o attraverso il residuo del fondo di retribuzione di risultato, pari al valore economico di 1.000 ore di prestazione aggiuntive.

Risorse negoziate modificate dalle direzioni:

Concorso a tempo determinato per 1 unità medica entro luglio 2017 + graduatoria a cui accedere per reclutare ulteriori 2 risorse in modo da garantire una dotazione organica di 11 unità a partire dall'ultimo quadrimestre. Proposta di un progetto per il riconoscimento della sofferenza di risorse umane, espressa come orario complessivo dell'equipe medica e attività svolta, attraverso una quota delle rar o attraverso il residuo del fondo di retribuzione di risultato in maniera proporzionale all'impegno effettivamente documentato dalla procedura ascot di presenze/assenze.

BUDGET 2017 - SOSD TERAPIA CELLULARE E ALTE DOSI - DIRIGENZA

Volumi e case mix

| OBIETTIVO | INDICATORI/ATTIVITA' | TARGET 2017 | CRITERI VALUTAZIONE | PESI INCENTIVAZIONE | RESPONSABILE DEL DATO |
|--|---|---------------------------------------|---|---------------------|-----------------------|
| Mantenimento volumi e produttività storica | A. Valore di produzione per medico B. N.ro Drg 481 | A. \geq € 1.160.000 B. \geq 45 | A. vengono riconosciuti: - franchigia: 1% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: € 1.042.000. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: € 1.148.000. Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo | 20% | controllo di gestione |

Attrattività e autosufficienza

| OBIETTIVO | INDICATORI/ATTIVITA' | TARGET 2017 | CRITERI VALUTAZIONE | PESI INCENTIVAZIONE | RESPONSABILE DEL DATO |
|--|--|--|---|---------------------|-----------------------|
| Mantenimento della quota di attrazione extraregionale 2016 | % dimessi ordinari da fuori Regione | \geq 43% | vengono riconosciuti: - franchigia: 3% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: 40%. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: 41,71% Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo | 5% | controllo di gestione |
| Riduzione della mobilità per oncoematologico per gli assistiti AAS 5 | Tasso di fuga intraregionale residenti prov Pordenone per Oncologia medica | + 20 ricoveri ordinari residenti AAS 5 rispetto al 2016 (target 226) | vengono riconosciuti: - franchigia: 1% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: 216. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: 223. Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo | 10% | controllo di gestione |

Efficienza operativa, appropriatezza e accessibilità

| OBIETTIVO | INDICATORI/ATTIVITA' | TARGET 2017 | CRITERI VALUTAZIONE | PESI INCENTIVAZIONE | RESPONSABILE DEL DATO |
|-----------|----------------------|-------------|---------------------|---------------------|-----------------------|
|-----------|----------------------|-------------|---------------------|---------------------|-----------------------|

| | | | | | |
|---|--|---|---|-----|-----------------------|
| Rispetto degli standard sui Tempi max di attesa per la visita oncologica | indice performance priorità B | target regionale: ≥ 95% priorità B | vengono riconosciuti: - franchigia: 3% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: 56,93%. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: 92,15%. Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo | 10% | ufficio qualità |
| Rispetto degli standard sui Tempi max di attesa per i ricoveri | indice performance priorità A | target regionale: ≥ 95% priorità A | vengono riconosciuti: - franchigia: 3% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: 81,38%. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: 92,15% Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo | 5% | ufficio qualità |
| Contenimento del consumo di farmaci infusionali per giornata di terapia | indicatore: costo farmaci chemioterapie infusionali TCAD/(GG terapia infusione) | ≤ € 945 | viene valutato in coerenza con quanto conseguito rispetto all'obiettivo quanti - qualitativo della produzione e ai criteri di appropriatezza di utilizzo | 5% | controllo di gestione |
| 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 | 10% | controllo di gestione |
| appropriatezza dell'attività di ricovero ordinario | % deceduti su dimessi | ≤ 1,2% (valutazione anche in termini assoluti) | viene riconosciuta una franchigia del 7% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%. Al di sopra della franchigia l'obiettivo non è raggiunto | 5% | controllo di gestione |
| 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% | controllo di gestione |
| accreditamento Jacie | predisposizione documentazione per il rinnovo dell'accreditamento | invio parte documentale entro 31.12 | Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% | 10% | ufficio qualità |

Linee progettuali regionali

| OBIETTIVO | INDICATORI/ATTIVITA' | TARGET 2017 | CRITERI VALUTAZIONE | PESI INCENTIVAZIONE | RESPONSABILE DEL DATO |
|---|--|---|--|---------------------|-----------------------|
| linee progettuali regionale 3.7.5 Individuazione del medico responsabile della gestione del paziente | applicazione della procedura definita dalla direzione sanitaria da maggio 2017 | ≥ 90% dei pazienti con un ricovero di durata > 4 giorni con risposta positiva | Valutazione da parte del call center regionale su un campione di ricoverati da maggio 2017. ≥ 90% = raggiunto < 40% = non raggiunto parzialmente raggiunto: somministrazione per percentuali comprese tra 40% ed il 90% | 5% | cup regionale |

Ricerca

| OBIETTIVO | INDICATORI/ATTIVITA' | TARGET 2017 | CRITERI VALUTAZIONE | PESI INCENTIVAZIONE | RESPONSABILE DEL DATO |
|--|-------------------------------------|-------------|---|---------------------|------------------------|
| Mantenimento livello di produzione scientifica | punti di impact factor normalizzato | ≥ 12 | vengono riconosciuti: - franchigia: 7% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: 9. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: 11,16. Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo | 10% | biblioteca scientifica |

100%

Risorse negoziate:

2 unità a tempo determinato in scadenza al 31/12/2017: concorso per 2 tempi indeterminati (conferma dotazione medica a 5 unità). Richiesto mantenimento del rapporto di 1 infermiere per 10 pz sugli 8 PL ordinari

Risorse negoziate modificate dalle direzioni:

nessuna modifica

BUDGET 2017 - SOSD CHIRURGIA ONCOLOGICA GENERALE - DIRIGENZA

Volumi e case mix

| OBIETTIVO | INDICATORI/ATTIVITA' | TARGET 2017 | CRITERI VALUTAZIONE | PESI INCENTIVAZIONE | RESPONSABILE DEL DATO |
|---|---------------------------------|------------------|--|---------------------|-----------------------|
| incremento \geq 3% del volume di produzione per medico 2016 | Valore di produzione per medico | \geq € 640.000 | <p>vengono riconosciuti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - franchigia: 1% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: € 620.000 Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: € 633.600. <p>Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo</p> | 25% | controllo di gestione |

Attrattività e autosufficienza

| OBIETTIVO | INDICATORI/ATTIVITA' | TARGET 2017 | CRITERI VALUTAZIONE | PESI INCENTIVAZIONE | RESPONSABILE DEL DATO |
|--|-------------------------------------|-------------|--|---------------------|-----------------------|
| Miglioramento dell'attrattività extraregionale dell'attività in regime di ricovero ordinario | % dimessi ordinari da fuori Regione | \geq 42% | <p>vengono riconosciuti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - franchigia: 3% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: 39%. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto - limite superiore: 41%. <p>Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo</p> | 10% | controllo di gestione |

Efficienza operativa, appropriatezza e accessibilità

| OBIETTIVO | INDICATORI/ATTIVITA' | TARGET 2017 | CRITERI VALUTAZIONE | PESI INCENTIVAZIONE | RESPONSABILE DEL DATO |
|--|--------------------------------------|---|--|---------------------|-----------------------|
| Rispetto degli standard sui Tempi max di attesa per intervento neoplasia colon | indice di performance per priorità A | target regionale: \geq 95% priorità A | <p>vengono riconosciuti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - franchigia: 3% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: 81%. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: 92,15%. <p>Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo</p> | 10% | ufficio qualità |

| | | | | | |
|---|---|---|--|-----|-----------------------|
| Rispetto degli standard sui Tempi max di attesa per la visita chirurgia generale | indice di performance per priorità B | target regionale: ≥ 95% priorità B | 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% | ufficio qualità |
| Rispetto degli standard sui Tempi max di attesa per la visita chirurgia generale | indice di performance per priorità D | target regionale: ≥ 90% priorità D | 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% | ufficio qualità |
| 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% | controllo di gestione |
| compilazione esaustiva della cartella clinica | 3 monitoraggi quadrimestrali con criteri di campionatura usati per il monitoraggio regionale | ≥ 95% | vengono riconosciuti: - franchigia: 3% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: 89%. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: 92,15%. Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo | 10% | ufficio qualità |
| 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% | direzione sanitaria |

Linee progettuali regionali

| OBIETTIVO | INDICATORI/ATTIVITA' | TARGET 2017 | CRITERI VALUTAZIONE | PESI INCENTIVAZIONE | RESPONSABILE DEL DATO |
|---|--|---|--|---------------------|-----------------------|
| linee progettuale regionale 3.7.5 Individuazione del medico responsabile della gestione del paziente | applicazione della procedura definita dalla direzione sanitaria da maggio 2017 | ≥ 90% dei pazienti con un ricovero di durata > 4 giorni con risposta positiva | Valutazione da parte del call center regionale su un campione di ricoverati da maggio 2017. ≥ 90% = raggiunto < 40% = non raggiunto parzialmente raggiunto: somministrazione per percentuali comprese tra 40% ed il 90% | 5% | cup regionale |

Ricerca

| OBIETTIVO | INDICATORI/ATTIVITA' | TARGET 2017 | CRITERI VALUTAZIONE | PESI INCENTIVAZIONE | RESPONSABILE DEL DATO |
|---|-------------------------------------|-------------|---|---------------------|------------------------|
| Mantenimento livello di produzione scientifica | punti di impact factor normalizzato | ≥ 12 | vengono riconosciuti: - franchigia: 10% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: 5. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: 10,8. Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo | 10% | biblioteca scientifica |

Risorse negoziate:

conferma delle unità mediche effettive per il 2017, mediante proroga (senza soluzione di continuità) del contratto LP in essere - attivazione della mobilità richiesta/autorizzata solo nel momento in cui si è reclutata una risorsa a tempo determinato entro il 15 agosto (da luglio disponibili giovani specializzati), con 1 mese di co-presenza dell'unità reclutata e di quella in uscita

Risorse negoziate modificate dalle direzioni:

conferma delle unità mediche effettive per il 2017, mediante proroga (senza soluzione di continuità) del contratto LP in essere - attivazione della mobilità richiesta/autorizzata solo nel momento in cui si è reclutata una risorsa a tempo determinato entro il 15 agosto (da luglio disponibili giovani specializzati).

BUDGET 2017 - SOSD PSICOLOGIA ONCOLOGICA - DIRIGENZA

Volumi e case mix

| OBIETTIVO | INDICATORI/ATTIVITA' | TARGET 2017 | CRITERI VALUTAZIONE | PESI INCENTIVAZIONE | RESPONSABILE DEL DATO |
|---|-----------------------|-------------|---|---------------------|-----------------------|
| 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% | controllo di gestione |

Efficienza operativa, appropriatezza e accessibilità

| OBIETTIVO | INDICATORI/ATTIVITA' | TARGET 2017 | CRITERI VALUTAZIONE | PESI INCENTIVAZIONE | RESPONSABILE DEL DATO |
|--|--|---|---|---------------------|--|
| Utilizzo della firma digitale per i referti in g2 clinico da parte dei professionisti della struttura (compresi i collaboratori) | 1 formazione dei collaboratori ai fini dell'attivazione in g2 per la refertazione 2 % di referti firmati digitalmente dal personale strutturato e dai collaboratori | 1 formazione entro giugno 2017 2 90% dei referti firmati digitalmente dal personale strutturato e dai collaboratori a partire da settembre | 1. se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% 2. 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% | 1. responsabile psicologia2 . controllo di gestione |
| sostituzione con psicologi CRO dell'attuale psicologa "volontaria" nel servizio di oncologia sede di pordenone-san vito | attività da parte di psicologi del CRO | da luglio 2017 | Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% | 20% | responsabile psicologia |
| attività di formazione | organizzazione di un corso di formazione per la comunicazione medico-paziente | nell'ultimo trimestre | Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% | 20% | responsabile psicologia |

Ricerca

| OBIETTIVO | INDICATORI/ATTIVITA' | TARGET 2017 | CRITERI VALUTAZIONE | PESI INCENTIVAZIONE | RESPONSABILE DEL DATO |
|-----------|----------------------|-------------|---------------------|---------------------|-----------------------|
|-----------|----------------------|-------------|---------------------|---------------------|-----------------------|

vengono riconosciuti:
- franchigia: 7% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%
- limite inferiore: 11. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto.
- limite superiore: 15,81.
Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo

20%

100%

Risorse negoziate:

conferma dei 10 contratti LP ovvero cocopro in scadenza al 31.12 e valutazione percorsi di stabilizzazione per i collaboratori della ricerca. La direzione si impegna ad individuare gli spazi entro luglio

Risorse negoziate modificate dalle direzioni:

nessuna modifica

Efficienza operativa, appropriatezza e accessibilità

| OBIETTIVO | INDICATORI/ATTIVITA' | TARGET 2017 | CRITERI VALUTAZIONE | PESI INCENTIVAZIONE | RESPONSABILE DEL DATO |
|---|---|---|--|---------------------|-----------------------|
| Applicazione degli standard regionali di personale infermieristico e di supporto per la determinazione del fabbisogno di personale del dipartimento | definizione del fabbisogno di personale infermieristico e di supporto in area medica e in area chirurgica | entro settembre 2017 | Viene riconosciuta una franchigia di 30 giorni | 15% | direzione sanitaria |
| implementazione di un report di monitoraggio dei consumi di prodotti sanitari in sala operatoria | implementazione dei dati di consumo nel registro di sala operatoria e analisi degli esiti | disponibilità di 1 report sui dati del primo semestre entro 30 settembre 2017 | Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% | 10% | controllo di gestione |
| gestione in piattaforma risorsa strutturale posti letto ordinari | tasso occupazione sui posti letto di area chirurgica (esclusa anestesia) e medica | ≥ 75% | vengono riconosciuti: - franchigia: 1% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: 70,19% Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: 74,25%. Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo | 20% | controllo di gestione |
| compilazione esaustiva della cartella clinica | 3 monitoraggi quadrimestrali con criteri di campionatura usati per il monitoraggio regionale (check-list, dolore) | ≥ 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% | ufficio qualità |

Attuazione atto aziendale

| OBIETTIVO | INDICATORI/ATTIVITA' | TARGET 2017 | CRITERI VALUTAZIONE | PESI INCENTIVAZIONE | RESPONSABILE DEL DATO |
|---|--|---------------------|---|---------------------|-----------------------|
| progettazione della riorganizzazione del dipartimento per piattaforme in attuazione del regolamento attuativo dell'atto aziendale | individuazione di: - PO e coordinamenti - aree per intensità assistenziali - dotazioni di personale | entro dicembre 2017 | Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% | 15% | direttore sanitario |

Umanizzazione delle cure

| OBIETTIVO | INDICATORI/ATTIVITA' | TARGET 2017 | CRITERI VALUTAZIONE | PESI INCENTIVAZIONE | RESPONSABILE DEL DATO |
|-----------|----------------------|-------------|---------------------|---------------------|-----------------------|
|-----------|----------------------|-------------|---------------------|---------------------|-----------------------|

| | | | | | |
|--|--|---|--|-----|---------------|
| linea progettuale 3.7.3.: Presenza del caregiver in corso di visita nei reparti di degenza | 1. evidenza del percorso 2. attuazione del percorso entro giugno 2017 | risposta affermativa in almeno 90% dei pazienti contattati con età > 70 anni. | Valutazione da parte del call center regionale sui dimessi degli ultimi 6 mesi dell'anno 2017. ≥ 90% = raggiunto < 40% = non raggiunto parzialmente raggiunto: somministrazione per percentuali comprese tra 40% ed il 90% | 10% | cup regionale |
| linea progettuale 3.7.2.: Apertura dei reparti di terapia intensiva e semi-intensiva ai caregivers | - evidenza del percorso e sua attuazione per garantire l'obiettivo regionale - libero accesso dei caregivers ai degenti ricoverati in TI e semi-TI. Entro giugno 2017 per permettere alla regione la rilevazione del dato | risposta affermativa in almeno 90% dei pazienti contattati. | Valutazione da parte del call center regionale sui dimessi degli ultimi 6 mesi dell'anno 2017. ≥ 90% = raggiunto < 40% = non raggiunto parzialmente raggiunto: somministrazione per percentuali comprese tra 40% ed il 90% | 10% | cup regionale |
| linea progettuale 3.7.4.: accertamento delle condizioni cliniche e assistenziali del paziente dopo la dimissione (esteso a tutte le funzioni assistenziali) | somministrazione di un questionario predisposto dalla DCS ai pazienti dimessi (per tutte le funzioni assistenziali) entro 5 giorni dalla dimissione | somministrazione del questionario ad un numero di pazienti in regime ordinario del 2° semestre ≥ 90% | La valutazione sarà effettuata nel 2° semestre su un campione di pazienti e l'obiettivo sarà: ≥ 90% dei pazienti campionati = raggiunto < 40% = non raggiunto parzialmente raggiunto: somministrazione per percentuali comprese tra 40% ed il 90% | 10% | cup regionale |

100%

Risorse negoziate:

Per turn over:- 19 infermieri - 8 OSS

Risorse negoziate modificate dalle direzioni:

raggiungimento del 90% dei FTE previsti dall'analisi effettuata sulla base degli standard regionali entro il 01.10.2017

BUDGET 2017 - SOC ONCOGENETICA E ONCOGENOMICA FUNZIONALE - DIRIGENZA

Volumi di attività e attrattività

| OBIETTIVO | INDICATORI/ATTIVITA' | TARGET 2017 | CRITERI VALUTAZIONE | PESI INCENTIVAZIONE | RESPONSABILE DEL DATO |
|---|-----------------------|-------------|--|---------------------|-----------------------|
| mantenimento volumi 2016 collegati all'attività dell'ambulatorio di consulenza genetica | numero di prestazioni | 4.770 | vengono riconosciuti: - franchigia: 1% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: 4531. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: 4.722. Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo | 5% | controllo di gestione |

Efficienza operativa e appropriatezza

| OBIETTIVO | INDICATORI/ATTIVITA' | TARGET 2017 | CRITERI VALUTAZIONE | PESI INCENTIVAZIONE | RESPONSABILE DEL DATO |
|--|---|--|---|---------------------|-----------------------|
| Rilevazione corretta dei costi di beni e servizi della struttura | completo utilizzo dei 3 centri di costo già disponibili: - 5230 per l'attività assistenziale - 5239 per l'attività di ricerca finalizzata - 9230 per l'attività di ricerca corrente MS e Regione | evidenza della registrazione nei diversi centri di costo | Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si = 100% se il risultato è no = 0% | 5% | controllo di gestione |

Attuazione atto aziendale

| OBIETTIVO | INDICATORI/ATTIVITA' | TARGET 2017 | CRITERI VALUTAZIONE | PESI INCENTIVAZIONE | RESPONSABILE DEL DATO |
|---|--|--------------------------|---|---------------------|-------------------------------|
| progettazione della riorganizzazione del dipartimento per piattaforme | numero piattaforme attivate/numero piattaforme previste (numero 4) | 100% entro dicembre 2017 | Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si = 100% se il risultato è no = 0% | 15% | direttore dipartimento o DRDT |

Implementazione core facility a valenza dipartimentale

| OBIETTIVO | INDICATORI/ATTIVITA' | TARGET 2017 | CRITERI VALUTAZIONE | PESI INCENTIVAZIONE | RESPONSABILE DEL DATO |
|---|--|---------------------|---|---------------------|-----------------------------------|
| riorganizzazione della piattaforma di indagini molecolari di ricerca e diagnostica avanzata | revisione dell'organizzazione della piattaforma a seguito di nuovi programmi | entro dicembre 2017 | Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si = 100% se il risultato è no = 0% | 10% | direttore del dipartimento o DRDT |

Ricerca

| OBIETTIVO | INDICATORI/ATTIVITA' | TARGET 2017 | CRITERI VALUTAZIONE | PESI INCENTIVAZIONE | RESPONSABILE DEL DATO |
|--|-------------------------------------|-------------|---|---------------------|------------------------|
| Mantenimento livello di produzione scientifica | punti di impact factor normalizzato | ≥ 70 | vengono riconosciuti: - franchigia: 7% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: 61. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: 65,1. Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo | 65% | biblioteca scientifica |

100%

Risorse negoziate:

è in fase di acquisizione 1 biologo in mobilità

Risorse negoziate modificate dalle direzioni:

procedura mobilità per 1 dirigente biologo dal 15.08.2017

BUDGET 2017 - SOC ONCOLOGIA MOLECOLARE E MODELLI PRECLINICI DI PROGRESSIONE TUMORALE - DIRIGENZA

Volumi e case mix

| OBIETTIVO | INDICATORI/ATTIVITA' | TARGET 2017 | CRITERI VALUTAZIONE | PESI INCENTIVAZIONE | RESPONSABILE DEL DATO |
|--|-------------------------|--|---|---------------------|---|
| nuova indagine per tumore polmone EGFR | avvio attività nel 2017 | evidenza delle indagini su biopsia liquida | Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% | 5% | direttore soc oncologia molecolare |

Efficienza operativa e appropriatezza

| OBIETTIVO | INDICATORI/ATTIVITA' | TARGET 2017 | CRITERI VALUTAZIONE | PESI INCENTIVAZIONE | RESPONSABILE DEL DATO |
|--|---|--|---|---------------------|-----------------------|
| Rilevazione corretta dei costi di beni e servizi della struttura | completo utilizzo dei 3 centri di costo già disponibili: - 5240 per l'attività assistenziale - 5249 per l'attività di ricerca finalizzata - 9240 per l'attività di ricerca corrente MS e Regione | evidenza della registrazione nei diversi centri di costo | Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% | 5% | controllo di gestione |

Attuazione atto aziendale

| OBIETTIVO | INDICATORI/ATTIVITA' | TARGET 2017 | CRITERI VALUTAZIONE | PESI INCENTIVAZIONE | RESPONSABILE DEL DATO |
|---|--|--------------------------|---|---------------------|-------------------------------|
| progettazione della riorganizzazione del dipartimento per piattaforme | numero piattaforme attivate/numero piattaforme previste (numero 4) | 100% entro dicembre 2017 | Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% | 15% | direttore dipartimento o DRDT |

Implementazione core facility a valenza dipartimentale

| OBIETTIVO | INDICATORI/ATTIVITA' | TARGET 2017 | CRITERI VALUTAZIONE | PESI INCENTIVAZIONE | RESPONSABILE DEL DATO |
|--|--|---------------------|---|---------------------|-------------------------------|
| riorganizzazione della piattaforma di imaging molecolare | revisione dell'organizzazione della piattaforma a seguito di nuovi programmi | entro dicembre 2017 | Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% | 10% | direttore dipartimento o DRDT |

Ricerca

| OBIETTIVO | INDICATORI/ATTIVITA' | TARGET 2017 | CRITERI VALUTAZIONE | PESI INCENTIVAZIONE | RESPONSABILE DEL DATO |
|-----------|----------------------|-------------|---------------------|---------------------|-----------------------|
|-----------|----------------------|-------------|---------------------|---------------------|-----------------------|

- franchigia: 7% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%

- limite inferiore: 80. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto.

- limite superiore: 85,56

Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo

Risorse negoziate:

conferma 1 medico negoziato nel 2016 + 1 ricercatore medico genetista

+ 1 ricercatore biologo € 25.000 per attività di congelamento linee cellulari finanziato dalla direzione scientifica con fondi 5 per mille

Risorse negoziate modificate dalle direzioni:

- acquisizione di 1 medico a tempo indeterminato entro 2017 + 1 ricercatore medico genetista entro 10.2017+ 1 ricercatore biologo entro 10.2017 € 25.000 per attività di congelamento linee cellulari finanziato dalla direzione scientifica con fondi 5 per mille

BUDGET 2017 - SOC FARMACOLOGIA SPERIMENTALE E CLINICA - DIRIGENZA

Volumi di attività e attrattività

| OBIETTIVO | INDICATORI/ATTIVITA' | TARGET 2017 | CRITERI VALUTAZIONE | PESI INCENTIVAZIONE | RESPONSABILE DEL DATO |
|-------------------------------|------------------------------------|-------------|---|---------------------|-----------------------|
| progetto Horizon Polimorfismo | numero pazienti arruolati in trial | > = 400 | viene riconosciuta una franchigia del 10% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%. | 5% | direzione scientifica |

Efficienza operativa, appropriatezza e accessibilità

| OBIETTIVO | INDICATORI/ATTIVITA' | TARGET 2017 | CRITERI VALUTAZIONE | PESI INCENTIVAZIONE | RESPONSABILE DEL DATO |
|--|---|--|---|---------------------|-----------------------|
| Rilevazione corretta dei costi di beni e servizi della struttura | completo utilizzo dei 3 centri di costo della struttura: - 5234 per l'attività assistenziale - 8010 per l'attività di ricerca finalizzata - 9234 per l'attività di ricerca corrente MS e Regione | evidenza della registrazione nei diversi centri di costo | Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% | 5% | controllo di gestione |

Attuazione atto aziendale

| OBIETTIVO | INDICATORI/ATTIVITA' | TARGET 2017 | CRITERI VALUTAZIONE | PESI INCENTIVAZIONE | RESPONSABILE DEL DATO |
|---|--|--------------------------|---|---------------------|-------------------------------|
| progettazione della riorganizzazione del dipartimento per piattaforme | numero piattaforme attivate/numero piattaforme previste (numero 4) | 100% entro dicembre 2017 | Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% | 15% | direttore dipartimento o DRDT |

Ricerca

| OBIETTIVO | INDICATORI/ATTIVITA' | TARGET 2017 | CRITERI VALUTAZIONE | PESI INCENTIVAZIONE | RESPONSABILE DEL DATO |
|--|--|---|--|---------------------|------------------------|
| Sperimentazione clinica di fase I | attività di coordinamento del responsabile scientifico del programma | almeno una riunione del Board Scientifico | Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% | 5% | Direttore farmacologia |
| Mantenimento livello di produzione scientifica | punti di impact factor normalizzato | ≥ 110 | vengono riconosciuti: - franchigia: 7% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: 96. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: 102,3. Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo | 65% | biblioteca scientifica |

Risorse negoziate:

dotazione organica a 5 unità: conferma 1 biologo a tempo indeterminato negoziato nel 2016 conferma 1 dirigente medico a tempo indeterminato negoziato nel 2016+ 1 concorso dirigente chimico a tempo determinato+ 3-4 ore/die di supporto per attività di grant office

Risorse negoziate modificate dalle direzioni:

dotazione organica a 5 unità: + 1 contratto di dirigente biologo a tempo determinato da 01.08.2017+ 1 contratto di dirigente medico a tempo indeterminato da luglio 2017 (negoziato nel 2016)+ 1 concorso dirigente biologo a tempo indeterminato entro 2017 + 1 concorso dirigente chimico a tempo determinato entro 2017+ 3-4 ore/die di supporto per attività di grant office

BUDGET 2017 - SOC IMMUNOPATOLOGIA E BIOMARCATORI ONCOLOGICI - DIRIGENZA
Volumi e case mix

| OBIETTIVO | INDICATORI/ATTIVITA' | TARGET 2017 | CRITERI VALUTAZIONE | PESI INCENTIVAZIONE | RESPONSABILE DEL DATO |
|--|---|-------------|--|---------------------|-----------------------|
| Mantenimento volumi attività anno 2016 | Valore attività per esterni e per interni | € 3.390.000 | vengono riconosciuti: - franchigia: 1% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: € 3.200.000. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: € 3.356.100 Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo. La verifica del raggiungimento del target terrà conto di quanto sarà realizzato nell'esercizio del progetto di razionalizzazione dei laboratori con l'AAS 5 | 20% | controllo di gestione |

Efficienza operativa e appropriatezza

| OBIETTIVO | INDICATORI/ATTIVITA' | TARGET 2017 | CRITERI VALUTAZIONE | PESI INCENTIVAZIONE | RESPONSABILE DEL DATO |
|--|---|--|---|---------------------|-----------------------|
| Rilevazione corretta dei costi di beni e servizi della struttura | completo utilizzo dei centri di costo già disponibili | evidenza della registrazione nei diversi centri di costo | Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si = 100% se il risultato è no = 0% | 5% | controllo di gestione |

Attuazione atto aziendale

| OBIETTIVO | INDICATORI/ATTIVITA' | TARGET 2017 | CRITERI VALUTAZIONE | PESI INCENTIVAZIONE | RESPONSABILE DEL DATO |
|---|--|--------------------------|---|---------------------|-----------------------------------|
| progettazione della riorganizzazione del dipartimento per piattaforme | numero piattaforme attivate/numero piattaforme previste (numero 4) | 100% entro dicembre 2017 | Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si = 100% se il risultato è no = 0% | 15% | direttore del dipartimento o DRDT |

Implementazione core facility a valenza dipartimentale

| OBIETTIVO | INDICATORI/ATTIVITA' | TARGET 2017 | CRITERI VALUTAZIONE | PESI INCENTIVAZIONE | RESPONSABILE DEL DATO |
|--|--|---------------------|---|---------------------|-----------------------|
| riorganizzazione della piattaforma di proteomica | revisione dell'organizzazione della piattaforma a seguito di nuovi programmi | entro dicembre 2017 | Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si = 100% se il risultato è no = 0% | 10% | controllo di gestione |

Linee progettuali regionali

| OBIETTIVO | INDICATORI/ATTIVITA' | TARGET 2017 | CRITERI VALUTAZIONE | PESI INCENTIVAZIONE | RESPONSABILE DEL DATO |
|---|--|--|---|---------------------|---------------------------|
| Riorganizzazione della struttura Immunopatologia e Biomarcatori Oncologici nell'ambito dell'integrazione tra AAS 5 e CRO per l'attività dei laboratori | 1. predisposizione documento con il nuovo assetto della struttura 2. attuazione dei contenuti del documento | 1. invio del documento alla direzione entro il 30.09.2017 2. messa a regime entro il 31.12.2017 | Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% | 15% | direttore della struttura |
| Coordinamento e predisposizione progetto operativo ai fini della realizzazione di un'unica Bio-Banca regionale | presentazione progetto operativo alla Direzione Centrale Salute | entro il 31.12.2017 | Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% | 15% | direzione sanitaria |

Ricerca

| OBIETTIVO | INDICATORI/ATTIVITA' | TARGET 2017 | CRITERI VALUTAZIONE | PESI INCENTIVAZIONE | RESPONSABILE DEL DATO |
|---|-------------------------------------|-------------|--|---------------------|------------------------|
| Mantenimento livello di produzione scientifica | punti di impact factor normalizzato | ≥ 98 | vengono riconosciuti: - franchigia: 7% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: 78. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: 83,7 Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo | 20% | biblioteca scientifica |
| | | | | 100% | |

Risorse negoziate:

stabilizzazione di 2/3 ricercatori

Risorse negoziate modificate dalle direzioni:

nessuna modifica

BUDGET 2017 - SOC ONCOEMATOLOGIA CLINICO SPERIMENTALE - DIRIGENZA

Volumi di attività e attrattività

| OBIETTIVO | INDICATORI/ATTIVITA' | TARGET 2017 | CRITERI VALUTAZIONE | PESI INCENTIVAZIONE | RESPONSABILE DEL DATO |
|------------------------------|----------------------|---------------|---|---------------------|-----------------------|
| mantenimento produzione 2016 | valore di produzione | ≥ € 1.700.000 | vengono riconosciuti: - franchigia: 1% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: € 1.615.000. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: € 1.683.000. Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo | 30% | controllo di gestione |

Efficienza operativa, appropriatezza e accessibilità

| OBIETTIVO | INDICATORI/ATTIVITA' | TARGET 2017 | CRITERI VALUTAZIONE | PESI INCENTIVAZIONE | RESPONSABILE DEL DATO |
|--|---|--|---|---------------------|-----------------------|
| Rilevazione corretta dei costi di beni e servizi della struttura | completo utilizzo dei 3 centri di costo già disponibili: - 5206 per l'attività assistenziale - 5299 per l'attività di ricerca finalizzata - 9206 per l'attività di ricerca corrente MS e Regione | evidenza della registrazione nei diversi centri di costo | Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si = 100% se il risultato è no = 0% | 5% | controllo di gestione |

Attuazione atto aziendale

| OBIETTIVO | INDICATORI/ATTIVITA' | TARGET 2017 | CRITERI VALUTAZIONE | PESI INCENTIVAZIONE | RESPONSABILE DEL DATO |
|---|--|--------------------------|---|---------------------|-------------------------------|
| progettazione della riorganizzazione del dipartimento per piattaforme | numero piattaforme attivate/numero piattaforme previste (numero 4) | 100% entro dicembre 2017 | Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si = 100% se il risultato è no = 0% | 15% | direttore dipartimento o DRDT |

Implementazione core facility a valenza dipartimentale

| OBIETTIVO | INDICATORI/ATTIVITA' | TARGET 2017 | CRITERI VALUTAZIONE | PESI INCENTIVAZIONE | RESPONSABILE DEL DATO |
|--|--|---------------------|---|---------------------|-------------------------------|
| riorganizzazione della piattaforma di citofluorimetria | revisione dell'organizzazione della piattaforma a seguito di nuovi programmi | entro dicembre 2017 | Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si = 100% se il risultato è no = 0% | 5% | direttore dipartimento o DRDT |

Ricerca

| OBIETTIVO | INDICATORI/ATTIVITA' | TARGET 2017 | CRITERI VALUTAZIONE | PESI INCENTIVAZIONE | RESPONSABILE DEL DATO |
|--|-------------------------------------|-------------|--|---------------------|------------------------|
| Mantenimento livello di produzione scientifica | punti di impact factor normalizzato | ≥ 59 | <p>vengono riconosciuti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - franchigia: 7% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: 51. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: 54,87 <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>Si precisa che l'obiettivo sarà eventualmente oggetto di rivalutazione nella prima riunione di revisione di budget</p> | 45% | biblioteca scientifica |

100%

Risorse negoziate:

concorso a tempo determinato per 1 biologo negoziato nel 2016; + acquisizione a t.d. 2 ricercatori;+ mantenimento incarico PM per citofluorometria e per ambulatorio visita CLL clinico sperimentale - € 30.000 euro per reagenti per Progetto biopsia liquida finanziamento dalla direzione scientifica con il 5 per mille

Risorse negoziate modificate dalle direzioni:

concorso a tempo determinato per 1 biologo negoziato nel 2016; + acquisizione a t.d. 2 ricercatori secondo le regole eventualmente deliberate del ministero+ mantenimento incarico PM per citofluorometria e per ambulatorio visita CLL clinico sperimentale - € 30.000 euro per reagenti per Progetto biopsia liquida finanziamento dalla direzione scientifica con il 5 per mille

BUDGET 2017 - SOSD ANATOMIA PATOLOGICA AD INDIRIZZO ONCOLOGICO - DIRIGENZA

Volumi e case mix

| OBIETTIVO | INDICATORI/ATTIVITA' | TARGET 2017 | CRITERI VALUTAZIONE | PESI INCENTIVAZIONE | RESPONSABILE DEL DATO |
|--|---|-------------|--|---------------------|-----------------------|
| Mantenimento volumi e produttività storica per esterni ed incremento attività per interni in linea con l'obiettivo di incremento dell'attività chirurgica negoziato. | 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 | 20% | controllo di gestione |

Efficienza operativa, appropriatezza e accessibilità

| OBIETTIVO | INDICATORI/ATTIVITA' | TARGET 2017 | CRITERI VALUTAZIONE | PESI INCENTIVAZIONE | RESPONSABILE DEL DATO |
|---|---|--|---|---------------------|-----------------------|
| Monitoraggio dei tempi di refertazione per le prestazioni per interni | garantire i seguenti tempi di refertazione: ≤ 6 giorni per le piccole biopsie; ≤ 10 giorni per i prodotti chirurgici e le biopsie escissionali | 85% dei referti rispettano i tempi di refertazione. | vengono riconosciuti: - franchigia: 3% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: 80,60%. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: 82,45%. Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo | 10% | controllo di gestione |
| Rilevazione corretta dei costi di beni e servizi della struttura | completo utilizzo dei 3 centri di costo già disponibili: - 5400 per l'attività assistenziale - 5409 per l'attività di ricerca finalizzata - 9001 per l'attività di ricerca corrente MS e Regione | evidenza della registrazione nei diversi centri di costo | Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% | 5% | controllo di gestione |
| Utilizzo del sistema di refertazione vocale | % di refertazione vocale sul totale dei referti. | ≥ 70% dal mese di ottobre | vengono riconosciuti: - franchigia: 3% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: 60%. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: 67,90%. Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo | 5% | controllo di gestione |

Attuazione atto aziendale

| OBIETTIVO | INDICATORI/ATTIVITA' | TARGET 2017 | CRITERI VALUTAZIONE | PESI INCENTIVAZIONE | RESPONSABILE DEL DATO |
|---|--|--------------------------|---|---------------------|-------------------------------|
| progettazione della riorganizzazione del dipartimento per piattaforme | numero piattaforme attivate/numero piattaforme previste (numero 4) | 100% entro dicembre 2017 | Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% | 20% | direttore dipartimento o drdt |

Ricerca

| OBIETTIVO | INDICATORI/ATTIVITA' | TARGET 2017 | CRITERI VALUTAZIONE | PESI INCENTIVAZIONE | RESPONSABILE DEL DATO |
|---|---|-------------------------------|--|---------------------|--------------------------------|
| Mantenimento livello di produzione scientifica | punti di impact factor normalizzato | ≥ 28 | vengono riconosciuti: - franchigia: 7% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: 21,2. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: 26,04. Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo | 20% | biblioteca scientifica |
| progetto terapie cellulari avanzate in collaborazione con l'IRST di Meldola | avvio dei protocolli per melanoma, rene e colon | entro l'ultimo trimestre 2017 | Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% | 10% | responsabile cellule staminali |
| progetto di qualità su diagnosi e ricerca in ambito anatomico patologico per i tumori rari con particolare riferimento ai sarcomi | predisposizione documento | entro settembre 2017 | viene riconosciuta una franchigia di 30 giorni | 10% | responsabile cellule staminali |
| | | | | 100% | |

Risorse negoziate:

concorso per 2 unità mediche (una negoziata 2016, una per turn-over)
concorso per 1 biologo (negoziato nel 2016)

Risorse negoziate modificate dalle direzioni:

concorso per 2 unità mediche (una negoziata 2016, una per turn-over)
concorso a tempo indeterminato per 1 dirigente biologo (negoziato nel 2016)

BUDGET 2017 - STRUTTURA TECNOLOGIE CLINICHE E SPERIMENTALI PER TERAPIE CELLULARI - DIRIGENZA
Linee Progetti regionali

| OBIETTIVO | INDICATORI/ATTIVITA' | TARGET 2017 | CRITERI VALUTAZIONE | PESI INCENTIVAZIONE | RESPONSABILE DEL DATO |
|---|-----------------------------------|----------------------|---|---------------------|-----------------------|
| Linea progettuale "Coordinamento, predisposizione documento congiunto e definizione cronogramma per l'avvio della Cell Factory Regionale" | predisposizione programma interno | entro 22 luglio 2017 | Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% | 5% | direzione sanitaria |

Volumi e case mix

| OBIETTIVO | INDICATORI/ATTIVITA' | TARGET 2017 | CRITERI VALUTAZIONE | PESI INCENTIVAZIONE | RESPONSABILE DEL DATO |
|---|----------------------|-------------|---------------------|---------------------|-----------------------|
| Contributo all'attività trapiantologica | numero trapianti | ≥ 45 | | 15% | controllo di gestione |

Efficienza operativa, appropriatezza e accessibilità

| OBIETTIVO | INDICATORI/ATTIVITA' | TARGET 2017 | CRITERI VALUTAZIONE | PESI INCENTIVAZIONE | RESPONSABILE DEL DATO |
|--|---|--|---|---------------------|-----------------------|
| accreditamento Jacie | predisposizione documentazione per il rinnovo dell'accreditamento | invio parte documentale entro 31.12 | Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% | 10% | ufficio qualità |
| Rilevazione corretta dei costi di beni e servizi della struttura | completo utilizzo dei 3 centri di costo già disponibili: - 5411 per l'attività assistenziale - 8000 per l'attività di ricerca finalizzata - 9200 per l'attività di ricerca corrente MS e Regione | evidenza della registrazione nei diversi centri di costo | Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% | 5% | controllo di gestione |

Attuazione atto aziendale

| OBIETTIVO | INDICATORI/ATTIVITA' | TARGET 2017 | CRITERI VALUTAZIONE | PESI INCENTIVAZIONE | RESPONSABILE DEL DATO |
|---|--|--------------------------|---|---------------------|-------------------------------|
| progettazione della riorganizzazione del dipartimento per piattaforme | numero piattaforme attivate/numero piattaforme previste (numero 4) | 100% entro dicembre 2017 | Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% | 15% | direttore dipartimento o DRDT |

Ricerca

| OBIETTIVO | INDICATORI/ATTIVITA' | TARGET 2017 | CRITERI VALUTAZIONE | PESI INCENTIVAZIONE | RESPONSABILE DEL DATO |
|---|--|----------------------------------|--|---------------------|--------------------------------|
| Mantenimento livello di produzione scientifica | punti di impact factor normalizzato | ≥ 13 | vengono riconosciuti: - franchigia: 7% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: 9. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: 12,09 Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo | 30% | biblioteca scientifica |
| progetto di fase I b di ricostruzione mammaria (lipofilling) | - invio protocollo al centro nazionale trapianti - messa in esecuzione del progetto | entro il 30.09 entro il 31.12 | al primo target viene riconosciuta una franchigia di 30 giorni | 10% | responsabile cellule staminali |
| progetto terapie cellulari avanzate in collaborazione con l'IRST di Meldola | avvio dei protocolli per melanoma, rene e colon | entro l'ultimo trimestre 2017 | Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% | 10% | responsabile cellule staminali |
| | | | | 100% | |

Risorse negoziate:

2 collaboratori (biologi)1 contenitore criogenico (CBS 3000) con fondi di ricerca

Risorse negoziate modificate dalle direzioni:

2 collaboratori (biologi)1 contenitore criogenico (CBS 3000) con fondi di ricerca

Volumi e case mix

| OBIETTIVO | INDICATORI/ATTIVITA' | TARGET 2017 | CRITERI VALUTAZIONE | PESI INCENTIVAZIONE | RESPONSABILE DEL DATO |
|--|---|-------------|---|---------------------|-----------------------|
| Supporto al raggiungimento dei volumi dell'attività ambulatoriale per esterni del dipartimento | numero di prestazioni per esterni (escluse prestazioni anatomia a favore del policlinico San Giorgio) | 255.000 | la verifica del raggiungimento del target terrà conto di quanto sarà realizzato nell'esercizio del progetto di razionalizzazione dei laboratori con l'AAS 5 | 30% | controllo di gestione |

Attuazione atto aziendale

| OBIETTIVO | INDICATORI/ATTIVITA' | TARGET 2017 | CRITERI VALUTAZIONE | PESI INCENTIVAZIONE | RESPONSABILE DEL DATO |
|---|--|--------------------------|---|---------------------|-------------------------------|
| progettazione della riorganizzazione del dipartimento per piattaforme | numero piattaforme attivate/numero piattaforme previste (numero 4) | 100% entro dicembre 2017 | Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% | 15% | direttore dipartimento o DRDT |

Linee progettuali regionali

| OBIETTIVO | INDICATORI/ATTIVITA' | TARGET 2017 | CRITERI VALUTAZIONE | PESI INCENTIVAZIONE | RESPONSABILE DEL DATO |
|--|--|---|---|---------------------|-------------------------------|
| Riorganizzazione della struttura Immunopatologia e Biomarcatori Oncologici nell'ambito dell'integrazione tra AAS 5 e CRO per l'attività dei laboratori | riorganizzazioni attivate a seguito di quanto realizzato con l'AAS 5 | evidenza delle riorganizzazioni attivate a seguito di quanto realizzato con l'AAS 5 | la verifica del raggiungimento del target terrà conto di quanto sarà realizzato nell'esercizio del progetto di razionalizzazione dei laboratori con l'AAS 5 | 25% | direttore dipartimento o DRDT |

Ricerca

| OBIETTIVO | INDICATORI/ATTIVITA' | TARGET 2017 | CRITERI VALUTAZIONE | PESI INCENTIVAZIONE | RESPONSABILE DEL DATO |
|--|-------------------------------------|---|---|---------------------|-----------------------|
| Supporto allo sviluppo della produzione scientifica delle strutture del dipartimento | punti di impact factor normalizzato | 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% | controllo di gestione |

Risorse negoziate:

tenuto conto del modello organizzativo attuale vengono richieste: + 8 unità a tempo indeterminato di tecnico di laboratorio 4 unità di tecnico di laboratorio per una aspettativa, due pensionamenti, un cambio mansione (turn over)

Risorse negoziate modificate dalle direzioni:

nessuna modifica

BUDGET 2017 - SOC RADIOLOGIA ONCOLOGICA - DIRIGENZA E COMPARTO

Volumi e case mix

| OBIETTIVO | INDICATORI/ATTIVITA' | TARGET 2017 | CRITERI VALUTAZIONE | PESI INCENTIVAZIONE | | | RESPONSABILE DEL DATO |
|--|---|-------------|---|---------------------|--------|----------|------------------------|
| | | | | dirigenza | PO (*) | comparto | |
| Mantenimento volumi e produttività 2016 | Valore di produzione per medico | ≥ € 520.000 | <p>vengono riconosciuti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo</p> | 20% | | 0% | controllo di gestione |
| Mantenimento volumi e produttività 2016 | numero di prestazioni (escluse visite ed ecografie) | ≥ 20.072 | <p>vengono riconosciuti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo</p> | 0% | 15% | 50% | controllo di gestione |
| Prosecuzione dell'attività di diagnostica PET/CT con MDC | numero di pet/ct con mdc | 35 | Viene riconosciuta una franchigia del 3%. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. | 5% | | 0% | direttore soc medicina |

Efficienza operativa, appropriatezza e accessibilità

| OBIETTIVO | INDICATORI/ATTIVITA' | TARGET 2017 | CRITERI VALUTAZIONE | PESI INCENTIVAZIONE | | | RESPONSABILE DEL DATO |
|-----------|----------------------|-------------|---------------------|---------------------|--------|----------|-----------------------|
| | | | | dirigenza | PO (*) | comparto | |

| | | | | | | | |
|---|---|--|--|-----|--|-----|-----------------------------|
| studio di fattibilità per l'attivazione del secondo turno sulle attrezzature sulle quali l'Istituto intende investire strategicamente | predisposizione studio | entro settembre | Viene riconosciuta una franchigia di 30 giorni | 5% | | 25% | direttore soc radiologia |
| 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) | target regionale: ≥ 95% priorità B; | vengono riconosciuti: - franchigia: 3% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: 84%. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: 92,15%. Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo | 10% | | 0% | ufficio qualità |
| 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,) | target regionale: > 90% priorità D | 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% | ufficio qualità |
| Rispetto degli standard sui Tempi max di attesa RMN | indice di performance per priorità B (RMN cervello e tronco encefalico, pelvi, prostata e vescica, muscoloscheletrica, colonna vertebrale) | target regionale: ≥ 95% priorità B; | vengono riconosciuti: - franchigia: 3% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: 62%. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: 92,15%. Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo | 10% | | 0% | ufficio qualità |
| Rispetto degli standard sui Tempi max di attesa RMN | indice di performance per priorità D (RMN cervello e tronco encefalico, pelvi, prostata e vescica, muscoloscheletrica, colonna vertebrale,) | target regionale: > 90% priorità D | 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% | ufficio qualità |

| | | | | | |
|--|--|--|--|---|-----------------------|
| Rispetto degli standard sui Tempi max di attesa per la mammografia | indice di performance per priorità B | target regionale: ≥ 95% priorità B | vengono riconosciuti: - franchigia: 3% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: 89%. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: 92,15%. Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo | <input type="checkbox"/> 10% <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 0% | ufficio qualità |
| Rispetto degli standard sui Tempi max di attesa per la mammografia | indice di performance per priorità D | target regionale: > 90% priorità D | 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 | <input type="checkbox"/> 5% <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 0% | ufficio qualità |
| Applicazione degli standard regionali di personale infermieristico e di supporto per la determinazione del fabbisogno di personale del dipartimento | definizione del fabbisogno di personale tecnico e infermieristico e di supporto nel dipartimento alte tecnologie | entro settembre 2017 | Viene riconosciuta una franchigia di 30 giorni | <input type="checkbox"/> 0% <input type="checkbox"/> 10% <input type="checkbox"/> 25% | direzione sanitaria |
| Rispetto budget prodotti sanitari in rapporto all'attività svolta | Budget prodotti sanitari | ≤ € 590.000 | viene valutato in coerenza con quanto conseguito rispetto all'obiettivo quanti - qualitativo della produzione | <input type="checkbox"/> 10% <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 0% | controllo di gestione |

Linee progettuali regionali

| OBIETTIVO | INDICATORI/ATTIVITA' | TARGET 2017 | CRITERI VALUTAZIONE | PESI INCENTIVAZIONE | | | RESPONSABILE DEL DATO |
|---|--|---|--|--|-----------------------|----------|-----------------------|
| | | | | dirigenza | PO (*) | comparto | |
| linea progettuale: screening mammografico | garantire la tempestiva refertazione dello screening mammografico e ridurre i richiami intermedi (early recall) dopo approfondimento | 1. >90% esami negativi di primo livello refertato entro 15 giorni; 2. percentuale di early recall (casi con esito di secondo livello "sospeso"/totale dei casi chiusi dall'unità senologica inferiore al 10% | I risultati Vengono valutati come segue 1. valore > 90%= 100% valore ≤ 90% = 0% 2. valore < 10% = 100% valore ≥ 10% = 0% | <input type="checkbox"/> 5% <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 0% | controllo di gestione | | |

Ricerca

| OBIETTIVO | INDICATORI/ATTIVITA' | TARGET 2017 | CRITERI VALUTAZIONE | PESI INCENTIVAZIONE | | | RESPONSABILE DEL DATO |
|-----------|----------------------|-------------|---------------------|---------------------|--------|----------|-----------------------|
| | | | | dirigenza | PO (*) | comparto | |

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

Risorse negoziate:

- conferma 7 unità dirigente medico: 1 contratto a tempo determinato entro il 15 agosto a copertura dell'aspettativa (da luglio disponibili giovani specializzati)- + 1 tecnico di radiologia a tempo indeterminato

Risorse negoziate modificate dalle direzioni:

- conferma 7 unità dirigente medico: 1 contratto a tempo determinato entro il 15 agosto a copertura dell'aspettativa (da luglio disponibili giovani specializzati)- + 1 tecnico di radiologia a tempo indeterminato da agosto 2017

BUDGET 2017 - SOC MEDICINA NUCLEARE - DIRIGENZA E COMPARTO

Volumi e case mix

| OBIETTIVO | INDICATORI/ATTIVITA' | TARGET 2017 | CRITERI VALUTAZIONE | PESI INCENTIVAZIONE | | | RESPONSABILE DEL DATO |
|---|--|-------------|---|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|------------------------|
| | | | | dirigenza | PO (*) | comparto | |
| mantenimento di 11 PET/die (vs 17) nei 4 mesi dei lavori; recupero volumi a mantenimento 2016 tramite progetto RAR di 400 ore aggiuntive per i tecnici Radiol. | numero di PET (volumi 2016 al netto delle pet-ct con mdc previste per il 2017) | 3700 | vengono riconosciuti: - franchigia: 1% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: € 3.656. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: 3.663. Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo | <input type="text" value="15%"/> | <input type="text" value="15%"/> | <input type="text" value="75%"/> | controllo di gestione |
| Prosecuzione dell'attività di diagnostica PET/CT con MDC | numero di pet/ct con mdc | 35 | Viene riconosciuta una franchigia del 5%. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. | <input type="text" value="5%"/> | <input type="text"/> | <input type="text" value="0%"/> | direttore soc medicina |
| Attività pet-ct con fluoroetilrosina (FET) | numero pet | 15 | Viene riconosciuta una franchigia del 5%. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. | <input type="text" value="5%"/> | <input type="text"/> | <input type="text" value="0%"/> | direttore soc medicina |

Efficienza operativa, appropriatezza e accessibilità

| OBIETTIVO | INDICATORI/ATTIVITA' | TARGET 2017 | CRITERI VALUTAZIONE | PESI INCENTIVAZIONE | | | RESPONSABILE DEL DATO |
|-----------|----------------------|-------------|---------------------|---------------------|--------|----------|-----------------------|
| | | | | dirigenza | PO (*) | comparto | |

| | | | | | |
|--|--|---|---|---|-----------------|
| 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) | target regionale: ≥ 95% priorità B | vengono riconosciuti: - franchigia: 3% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: 70,35%. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: 92,15%. Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo | <input type="text" value="10%"/> <input type="text"/> <input type="text" value="0%"/> | ufficio qualità |
|--|--|---|---|---|-----------------|

| | | | | | |
|--|--|--|---|---|-----------------|
| 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) | target regionale: > 90% priorità D | vengono riconosciuti: - franchigia: 3% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: 65,56%. 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 | <input type="text" value="10%"/> <input type="text"/> <input type="text" value="0%"/> | ufficio qualità |
|--|--|--|---|---|-----------------|

| | | | | | |
|---|----------------------------------|---|--|--|-----------------|
| Rispetto degli standard sui Tempi max di attesa per la PET | indice di performance priorità B | target regionale: ≥ 95% priorità B | vengono riconosciuti: - franchigia: 3% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: 90%. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: 92,15%. Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo | <input type="text" value="5%"/> <input type="text"/> <input type="text" value="0%"/> | ufficio qualità |
|---|----------------------------------|---|--|--|-----------------|

| | | | | | |
|---|----------------------------------|--|--|--|-----------------|
| Rispetto degli standard sui Tempi max di attesa per la PET | indice di performance priorità D | target regionale: > 90% priorità D | vengono riconosciuti: - franchigia: 3% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: 80%. 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 | <input type="text" value="5%"/> <input type="text"/> <input type="text" value="0%"/> | ufficio qualità |
|---|----------------------------------|--|--|--|-----------------|

| | | | | | |
|---|--|---|---|---|------------------------|
| 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 | <input type="checkbox"/> 15% <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 0% | controllo di gestione |
| Attivazione nel 2018 dell'attività diagnostica e terapeutica della radiofarmacia | esistenza progetto con specifica dotazione professionale quanti-qualitativa | entro 30 settembre 2017 (per presentazione in Regione) | viene riconosciuta una franchigia di 30 giorni | <input type="checkbox"/> 5% <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 0% | direttore soc medicina |
| Attivazione nel 2018 dell'attività diagnostica e terapeutica della radiofarmacia | formazione del personale del comparto | 4 tecnici formati entro il 31.12 | Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% | <input type="checkbox"/> 0% <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 5% | direttore soc medicina |
| Applicazione degli standard regionali di personale infermieristico e di supporto per la determinazione del fabbisogno di personale del dipartimento | definizione del fabbisogno di personale tecnico e infermieristico e di supporto nel dipartimento alte tecnologie | entro settembre 2017 | viene riconosciuta una franchigia di 30 giorni | <input type="checkbox"/> 0% <input type="checkbox"/> 10% <input type="checkbox"/> 20% | direzione sanitaria |
| Rispetto budget prodotti farmaceutici in rapporto all'attività svolta | Budget Farmaci | ≤ € 1.110.000 | viene valutato in coerenza con i volumi delle prestazioni che utilizzano i radiofarmaci | <input type="checkbox"/> 10% <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 0% | controllo di gestione |

Linee progettuali regionali

| OBIETTIVO | INDICATORI/ATTIVITA' | TARGET 2017 | CRITERI VALUTAZIONE | PESI INCENTIVAZIONE | | | RESPONSABILE DEL DATO |
|---|--|--|---|--|--------|----------|------------------------|
| | | | | dirigenza | PO (*) | comparto | |
| Linea progettuale "Riorganizzazione (trasferimento/integrazione) delle funzioni con AASS": Integrazione della funzione di medicina nucleare | Definizione di un progetto di sviluppo della Medicina Nucleare in ambito neurologico | predisposizione documento entro 31.12.2017 | Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% | <input type="checkbox"/> 5% <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 0% | | | direttore soc medicina |

Ricerca

| OBIETTIVO | INDICATORI/ATTIVITA' | TARGET 2017 | CRITERI VALUTAZIONE | PESI INCENTIVAZIONE | | | RESPONSABILE DEL DATO |
|-----------|----------------------|-------------|---------------------|---------------------|--------|----------|-----------------------|
| | | | | dirigenza | PO (*) | comparto | |

- franchigia: 7% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%

- limite inferiore: 5,6. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto.

- limite superiore: 7,44.

Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo

10%

0%

100%

25%

100%

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

Risorse negoziate:

+ 1 medico a tempo indeterminato entro 15 luglio+ 1 tecnico Radiologia a tempo indeterminato disponibile per l'inizio 2018Riconoscimento progetto RAR per i tecnici di radiologia pari a 400 ore per recupero attività nell'ultimo quadrimestre

Risorse negoziate modificate dalle direzioni:

+ 1 medico a tempo indeterminato entro 01 settembre+ 1 tecnico Radiologia a tempo indeterminato disponibile per l'inizio 2018Proposta di riconoscimento progetto RAR per i tecnici di radiologia pari a 400 ore per recupero attività nell'ultimo quadrimestre

BUDGET 2017 - SOC FISICA SANITARIA - DIRIGENZA E COMPARTO

Volumi di attività e attrattività

| OBIETTIVO | INDICATORI/ATTIVITA' | TARGET 2017 | CRITERI VALUTAZIONE | PESI INCENTIVAZIONE | | | RESPONSABILE DEL DATO |
|--|---------------------------------|-------------|---|---------------------|--------|----------|-----------------------|
| | | | | dirigenza | PO (*) | comparto | |
| Mantenimento volumi di attività (v. budget delle UO "utilizzatrici") | Valore di produzione per fisico | ≥ € 55.000 | <p>vengono riconosciuti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <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% | | 0% | controllo di gestione |
| Mantenimento volumi di attività (v. budget delle UO "utilizzatrici") | numero totale prestazioni | ≥ 8.830 | <p>vengono riconosciuti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - franchigia: 3% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: 8.300. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: 8.565. <p>Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo</p> | 0% | 10% | 50% | controllo di gestione |

Efficienza operativa e appropriatezza

| OBIETTIVO | INDICATORI/ATTIVITA' | TARGET 2017 | CRITERI VALUTAZIONE | PESI INCENTIVAZIONE | | | RESPONSABILE DEL DATO |
|-----------|----------------------|-------------|---------------------|---------------------|--------|----------|-----------------------|
| | | | | dirigenza | PO (*) | comparto | |

| | | | | | |
|---|--|--|---|--|------------------------------|
| Adeguamento a norme su Radioprotezione e sicurezza | 1. Pubblicazione in Qualibus della relazione inviata a RSPP su stesura DUVRI specifico ROA-LASE con annessa I.O. Registro dei controlli istituito 2. Documento, inviato a D.G., D.S. e RSPP, contenente: <ul style="list-style-type: none"> ●L'elenco delle indicazioni già previste in vari documenti presenti in Istituto sulle indicazioni degli interventi da effettuare in caso di emergenze radiologiche ● stesura programma che verrà attuato nel 2018 3. Rilascio nuova versione Regolamento di Sicurezza della RMN, in Qualibus. | evidenza della realizzazione degli indicatori entro il 2017 | Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% | <input type="text" value="60%"/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value="0%"/> | direttore della struttura di |
|---|--|--|---|--|------------------------------|

| | | | | | |
|---|--|---|---|--|------------------------------|
| Adeguamento a norme su Radioprotezione e sicurezza | creazione agenda elettronica in Qualibus e prime registrazioni TEST. | evidenza della realizzazione dell'indicato entro il 2017 | Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% | <input type="text" value="0%"/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value="25%"/> | direttore della struttura di |
|---|--|---|---|--|------------------------------|

| | | | | | |
|--|--|-----------------------------|--|---|---------------------|
| Applicazione degli standard regionali di personale infermieristico e di supporto per la determinazione del fabbisogno di personale del dipartimento | definizione del fabbisogno di personale tecnico e infermieristico e di supporto nel dipartimento alte tecnologie | entro settembre 2017 | Viene riconosciuta una franchigia di 30 giorni | <input type="text" value="0%"/> <input type="text" value="10%"/> <input type="text" value="25%"/> | direzione sanitaria |
|--|--|-----------------------------|--|---|---------------------|

Ricerca

| OBIETTIVO | INDICATORI/ATTIVITA' | TARGET 2017 | CRITERI VALUTAZIONE | PESI | | | RESPONSABILE DEL DATO |
|---|-------------------------------------|-------------|--|----------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|------------------------|
| | | | | INCENTIVAZIONE | | | |
| | | | | dirigenza | PO (*) | comparto | |
| Mantenimento livello di produzione scientifica | punti di impact factor normalizzato | ≥ 4 | vengono riconosciuti: - franchigia: 7% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: 3. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: 3,72. Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo | <input type="text" value="10%"/> | <input type="text" value=""/> | <input type="text" value="0%"/> | biblioteca scientifica |

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

Risorse negoziate:

dirigenti fisici: + 1 unità a tempo determinato + 1 a tempo indeterminato
modifica dotazione organica per esperto in fisica
medico personale tecnico sanitario: + 2 unità (no con contratto interinale, dotazione definitiva cro di 4 unità + 1 su eventuale accordo con AAS 5 per complessive 5 unità). Si conferma quanto già negoziato nel 2016: una posizione di coordinamento al momento in cui verranno rinnovati i coordinamenti

Risorse negoziate modificate dalle direzioni:

dirigenti fisici: + 1 unità a tempo determinato su graduatoria a tempo determinato + 1 a tempo indeterminato a partire dal 01.10.2017
richiesta alla DCS di modifica dotazione organica per esperto in fisica
medico personale tecnico sanitario: + 2 unità (no con contratto interinale, dotazione definitiva cro di 4 unità + 1 su eventuale accordo con AAS 5 per complessive 5 unità). Si conferma quanto già negoziato nel 2016: una posizione di coordinamento al momento in cui verranno rinnovati i coordinamenti

BUDGET 2017 - SOC ONCOLOGIA RADIOTERAPICA - DIRIGENZA E COMPARTO

Volumi e case mix

| OBIETTIVO | INDICATORI/ATTIVITA' | TARGET 2017 | CRITERI VALUTAZIONE | PESI INCENTIVAZIONE | | | RESPONSABILE DEL DATO |
|--|----------------------------------|--------------------------------|---|---------------------|--------|----------|-----------------------|
| | | | | dirigenza | PO (*) | comparto | |
| Mantenimento volumi e produttività storica | Pazienti unici trattati / medico | ≥ 170 (fonte dati g3 e sdo rt) | vengono riconosciuti: - franchigia: 1% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: 160. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: 168. Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo | 20% | | 0% | controllo di gestione |
| Mantenimento volumi e produttività storica | totale prestazioni | ≥ 69.500 (escluse visite) | vengono riconosciuti: - franchigia: 3% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: 65.330. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: 67.415. 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% | controllo di gestione |

Attrattività e autosufficienza

| OBIETTIVO | INDICATORI/ATTIVITA' | TARGET 2017 | CRITERI VALUTAZIONE | PESI INCENTIVAZIONE | | | RESPONSABILE DEL DATO |
|--|--|-------------|---|---------------------|--------|----------|-----------------------|
| | | | | dirigenza | PO (*) | comparto | |
| Mantenimento della quota di attrazione extraregionale 2016 | % pazienti fuori regione (fonte dati g3 e sdo). esclusa rt area giovani ricovero ordinario | ≥ 42% | 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% | controllo di gestione |

Efficienza operativa, appropriatezza e accessibilità

| OBIETTIVO | INDICATORI/ATTIVITA' | TARGET 2017 | CRITERI VALUTAZIONE | PESI INCENTIVAZIONE | | | RESPONSABILE DEL DATO |
|---|--|---|--|---------------------|--------|----------|----------------------------|
| | | | | dirigenza | PO (*) | comparto | |
| Rispetto budget prodotti farmaceutici in rapporto all'attività svolta | Budget Farmaci ospedalieri (esclusa diretta) | < € 250.000 | viene valutato in coerenza con quanto conseguito rispetto all'obiettivo quanti - qualitativo della produzione | 10% | | 0% | controllo di gestione |
| Rispetto dei tempi di attesa | tempo di attesa (intervallo tra fine contouring ed inizio trattamento) | almeno 80% entro 30 gg dal secondo semestre | 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% | | 25% | direttore soc radioterapia |
| Applicazione degli standard regionali di personale infermieristico e di supporto per la determinazione del fabbisogno di personale del dipartimento | definizione del fabbisogno di personale tecnico e infermieristico e di supporto nel dipartimento alte tecnologie | entro settembre 2017 | Viene riconosciuta una franchigia di 30 giorni | 0% | 10% | 25% | direzione sanitaria |

Linee progettuali regionali

| OBIETTIVO | INDICATORI/ATTIVITA' | TARGET 2017 | CRITERI VALUTAZIONE | PESI INCENTIVAZIONE | | | RESPONSABILE DEL DATO |
|--|-----------------------------------|---------------------------------|---|---------------------|--------|----------|-----------------------|
| | | | | dirigenza | PO (*) | comparto | |
| Linea progettuale regionale firma digitale | % di referti firmati digitalmente | ≥ 90% a partire dal 2° semestre | 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 | 20% | | 0% | controllo di gestione |

Ricerca

| OBIETTIVO | INDICATORI/ATTIVITA' | TARGET 2017 | CRITERI VALUTAZIONE | PESI INCENTIVAZIONE | | | RESPONSABILE DEL DATO |
|--|-------------------------------------|-------------|---|---------------------|--------|----------|------------------------|
| | | | | dirigenza | PO (*) | comparto | |
| Mantenimento livello di produzione scientifica | punti di impact factor normalizzato | > 50 | vengono riconosciuti: - franchigia: 7% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: 41. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: 46,5. Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo | 10% | | 0% | biblioteca scientifica |

100% 30% 100%

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

Risorse negoziate:

personale medico: - assunzione di 4 dirigenti medici a tempo determinato (progetto di medio-lungo termine per la stabilizzazione del personale medico della struttura)- 50 ore per medico per progetto doppio turno nel secondo semestre
 personale tecnico sanitario:A. 1000 ore di attività aggiuntiva (da valutare la fonte e i criteri di copertura economica)B. sostituzione di un tecnico in aspettativa da luglio

Risorse negoziate modificate dalle direzioni:

personale medico: attivazione di 3 contratti LP per dirigenti medici entro 10.2017 e proroga del 4° LP in essere fino al 31.12.2017 (progetto di medio-lungo termine per la stabilizzazione del personale medico della struttura); riconoscimento economico per il progetto doppio turno nel secondo semestre per sostituzione apparecchiatura attraverso una quota delle rar o attraverso il residuo del fondo di retribuzione di risultato in maniera proporzionale all'impegno effettivamente documentato dalla procedura ascot di presenze/assenze.
 Personale tecnico sanitario: 1.000 ore di attività aggiuntiva (da valutare la fonte e i criteri di copertura economica); sostituzione di un tecnico in aspettativa da luglio

BUDGET 2017 - SOSD AREA DI ONCOLOGIA INTEGRATA PER ADOLESCENTI E GIOVANI ADULTI - DIRIGENZA E COMPARTO

Efficienza operativa, appropriatezza e accessibilità

| OBIETTIVO | INDICATORI/ATTIVITA' | TARGET 2017 | CRITERI VALUTAZIONE | (*) PESI INCENTIVAZIONE | | | RESPONSABILE DEL DATO |
|---|--|---|---|----------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------|
| | | | | dirigenza | PO (*) | comparto | |
| 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% | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ufficio qualità |
| 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% | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | direzione sanitaria |
| Rilevazione dell'attività della struttura nei tre regimi assistenziali | registrazione dei dati di attività di ricovero ordinario e dh (SDO), ambulatoriale (cup_web) | evidenza dei dati dei tre regimi assistenziali dall'ultimo trimestre 2017 | viene riconosciuta una franchigia di 30 giorni | 35% | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | controllo di gestione |

Linee progettuali regionali

| OBIETTIVO | INDICATORI/ATTIVITA' | TARGET 2017 | CRITERI VALUTAZIONE | (*) PESI INCENTIVAZIONE | | | RESPONSABILE DEL DATO |
|--|--|---|--|----------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| | | | | dirigenza | PO (*) | comparto | |
| Rete oncologica pediatrica regionale | predisposizione documento | entro 31.12 | | 20% | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | responsabile struttura ORAG |
| linee progettuali regionali 3.7.5 Individuazione del medico responsabile della gestione del paziente | applicazione della procedura definita dalla direzione sanitaria da maggio 2017 | ≥ 90% dei pazienti con un ricovero di durata > 4 giorni con risposta positiva | Valutazione da parte del call center regionale su un campione di ricoverati da maggio 2017. ≥ 90% = raggiunto < 40% = non raggiunto parzialmente raggiunto: somministrazione per percentuali comprese tra 40% ed il 90% | 5% | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | cup regionale |

Ricerca

| OBIETTIVO | INDICATORI/ATTIVITA' | TARGET 2017 | CRITERI VALUTAZIONE | (*) PESI INCENTIVAZIONE | | | RESPONSABILE DEL DATO |
|---|--|-------------------------|---|-------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| | | | | dirigenza | PO (*) | comparto | |
| protocollo internazionale no profit Euro Net-PHL- C2 di cui il CRO è sede di coordinamento per l'Italia | arruolamento e coordinamento dei 40 centri | 80 pazienti complessivi | viene riconosciuta una franchigia del 10% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%. | 20% | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | responsabile struttura ORAG |

(*) gli obiettivi del personale tecnico-sanitario sono contenuti nella scheda della SOC di oncologia radioterapica; gli obiettivi del restante personale sanitario sono contenuti nella scheda del comparto del dipartimento di oncologia clinica

100%

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

Risorse negoziate:

- Specializzando full-time - +- 1 ulteriore specializzando nel 2017 - + concorso per 1 medico a tempo indeterminato oltre lo specializzando di cui sopra- + 1 assegnazione case manager inferm.co - Conferma psicologo assegnato almeno per l'80% + 20% psicologo per test

Risorse negoziate modificate dalle direzioni:

- mantenimento 1 specializzando full-time + 1 ulteriore specializzando- + 1 assegnazione case manager inferm.co entro 01.10.2017- conferma psicologo assegnato almeno per l'80% + 20% psicologo per test

BUDGET 2017 - SOC APPROVVIGIONAMENTI, ECONOMATO E LOGISTICA

| OBIETTIVO | INDICATORI/ATTIVITA' | TARGET 2017 | CRITERI VALUTAZIONE | PESI | | RESPONSABILE DEL DATO |
|--|--|---------------------|---|-----------------------------|----------|-------------------------|
| | | | | INCENTIVAZIONE dirigenza | comparto | |
| Avvio II fase del PAC | approvazione Delibera d'indizione | entro il 31.08.2017 | Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% | 30% | 25% | SOC Approv. e Logistica |
| Attivazione contratto di sterilizzazione | Inizio attività in outsourcing (Lettera affidamento incarico) | entro il 30.11.2017 | Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% | 20% | 25% | SOC Approv. e Logistica |
| Incarico di RUP per la fornitura ed installazione di attrezzature, apparecchiature, arredi ed accessori per laboratorio di radiochimica, compresa la progettazione ed opere edili ed impiantistiche, da installarsi presso la SOC di Medicina Nucleare | certificato di pagamento stato avanzamento lavori rilasciato dal RUP | entro il 31.10.2017 | Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% | 20% | 25% | SOC Approv. e Logistica |
| Aggiudicazione nuovo acceleratore lineare | delibera di recepimento | entro il 31.10.2017 | Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% | 30% | 25% | SOC Approv. e Logistica |
| | | | | 100% | 100% | |

BUDGET 2017 - SOC GESTIONE DELLE TECNOLOGIE CLINICHE, TECNICO-STRUTTURALI E INFORMATICHE

| OBIETTIVO | INDICATORI/ATTIVITA' | TARGET 2017 | CRITERI VALUTAZIONE | PESI | | RESPONSABILE DEL DATO |
|---|---|--|---|-----------------------------|----------|-------------------------------|
| | | | | INCENTIVAZIONE dirigenza | comparto | |
| progetto di unificazione degli sportelli di accettazione, prenotazione e cassa | conclusione dei lavori di spostamento degli sportelli dell'ufficio cassa | entro il 30.09.2017 | Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% | 20% | 40% | SOC Gestione delle tecnologie |
| progetto della nuova Unità Farmaci Antitumorali | approvazione delibera progetto preliminare | entro 15.09.2017 | Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% | 25% | 30% | SOC Gestione delle tecnologie |
| Riqualificazione ambienti destinati alla degenza area giovani al II piano | conclusione lavori | entro il 30.09 | Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% | 25% | 30% | SOC Gestione delle tecnologie |
| Progetto di riqualificazione delle degenze del III piano | delibera approvazione progetto definitivo | entro il 30.09 | Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% | 25% | 0% | SOC Gestione delle tecnologie |
| Programma della trasparenza: aggiornamento sezione di amministrazione trasparente | Aggiornamento della struttura della sezione amministrazione trasparente del sito internet del CRO | la struttura della sezione di amministrazione trasparente è aggiornata secondo modifiche introdotte dal d.lgs. 97/2016 e dalla Delibera ANAC 1310/2016 | Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% | 5% | 0% | Respons. Prevenz. Corruz. |
| | | | | 100% | 100% | |

BUDGET 2017 - SOC GESTIONE RISORSE ECONOMICO-FINANZIARIE

| OBIETTIVO | INDICATORI/ATTIVITA' | TARGET 2017 | CRITERI VALUTAZIONE | PESI INCENTIVAZIONE | | RESPONSABILE DEL DATO |
|---|--|--|---|------------------------|----------|--------------------------|
| | | | | dirigenza | comparto | |
| avvio II fase del PAC | avvio lavori: predisposizione calendario attività | entro 31.10.2017 | Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% | 30% | 30% | ufficio bilancio |
| predisposizione del regolamento aziendale degli agenti contabili e della resa del conto giudiziale | approvazione delibera | entro il 31.12.2017 | Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% | 20% | 20% | ufficio bilancio |
| predisposizione proposta regolamento spese di funzionamento degli organi istituzionali e dei direttori sanitario e amministrativo | invio documento al collegio dei revisori | entro il 31.10.2017 | Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% | 10% | 0% | ufficio bilancio |
| Collaborazione all'elaborazione del bilancio di missione riferito al 2016 | 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% | 20% | 20% | |
| Percorso di integrazione CRO / PN per trasferimenti funzioni da atto aziendale | analisi dati attività, costi e ricavi | quadrimestrale in sede di rendiconti economici regionali | Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% | 20% | 30% | ufficio bilancio |
| | | | | 100% | 100% | |

BUDGET 2017 - SOC LEGALE, AFFARI GENERALI E GESTIONE RISORSE UMANE: UFFICIO AG E LEGALI

| OBIETTIVO | INDICATORI/ATTIVITA' | TARGET 2017 | CRITERI VALUTAZIONE | PESI | | RESPONSABILE DEL DATO |
|--|--|--|---|-----------------------------|----------|---------------------------|
| | | | | INCENTIVAZIONE dirigenza | comparto | |
| predisposizione del regolamento per attribuzione degli incarichi dirigenziali | approvazione delibera | entro il 31.12.2017 | Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% | 25% | 25% | ufficio affari generali |
| predisposizione del regolamento aziendale degli agenti contabili e della resa del conto giudiziale | approvazione delibera | entro il 31.12.2017 | Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% | 25% | 25% | ufficio affari generali |
| predisposizione proposta regolamento spese di funzionamento degli organi istituzionali e dei direttori sanitario e amministrativo | invio documento al collegio dei revisori | entro il 31.10.2017 | Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% | 25% | 25% | ufficio bilancio |
| predisposizione di una bozza di intesa tra CRO e AAS 5 per l'utilizzo di professionisti AAS 5 per l'attività di ricerca presso il CRO | invio bozza d'intesa alla direzione generale | entro il 31.12.2017 | Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% | 20% | 25% | ufficio affari generali |
| Programma della trasparenza: adozione nuova griglia degli obblighi di pubblicazione, con l'indicazione della tempistica e individuazione della struttura competente/responsabile alla produzione e pubblicazione | Predisposizione della nuova griglia in attuazione alle modifiche introdotte dal d.lgs. 97/2016 e dalla Delibera ANAC 1310/2016 | Il piano triennale di prevenzione della corruzione 2017-2019 contiene la nuova griglia | Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% | 1% | 0% | Respons. Prevenz. Corruz. |
| Monitoraggio del rispetto degli obblighi in materia di trasparenza | monitoraggio in attuazione alla delibera n. 236/2017 ANAC | pubblicazione dell'attestazione OIV sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione | Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% | 2% | 0% | Respons. Prevenz. Corruz. |
| rendicontazione sullo stato di attuazione del programma triennale della trasparenza | produzione di una relazione concernente l'anno 2017 | pubblicazione della relazione entro il 31.01.2018 | Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% | 2% | 0% | Respons. Prevenz. Corruz. |
| | | | | 100% | 100% | |

BUDGET 2017 - SOSI GESTIONE DEL PERSONALE

| OBIETTIVO | INDICATORI/ATTIVITA' | TARGET 2017 | CRITERI VALUTAZIONE | PESI INCENTIVAZIONE | | RESPONSABILE DEL DATO |
|--|--|---|--|---------------------|----------|-----------------------|
| | | | | dirigenza | comparto | |
| Collaborazione all'elaborazione del bilancio di missione riferito al 2016 | elaborazione delle informazioni di competenza della struttura (dati del personale) | 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% | 20% | 20% | |
| Revisione modulo missioni | invio proposta del nuovo modulo alla direzione | entro il 31.12.2017 | Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% | 20% | 20% | ufficio personale |
| Avvisi pubblici per 2 Direttori di struttura complessa | 1. delibera di approvazione bando per la SOC di epidemiologia 2. delibera di approvazione bando per la SOC di Oncologia A | 1. entro il 31.05.2017 2. entro il 31.12.2017 | I risultati vengono valutati 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 | 35% | 35% | ufficio personale |
| predisposizione del regolamento per attribuzione degli incarichi dirigenziali | approvazione delibera | entro il 31.12.2017 | Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% | 25% | 25% | ufficio personale |
| | | | | 100% | 100% | |

BUDGET 2017 - SEGRETERIA DIREZIONE GENERALE

| OBIETTIVO | INDICATORI/ATTIVITA' | TARGET 2017 | CRITERI VALUTAZIONE | PESI | | RESPONSABILE DEL DATO |
|---|--|--|---|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------|
| | | | | dirigenza | 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"/> | <input type="checkbox" value="50%"/> | direzione generale |
| 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"/> | <input type="checkbox" value="50%"/> | direzione generale |
| | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox" value="100%"/> | |

BUDGET 2017 - SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE AZIENDALE

| OBIETTIVO | INDICATORI/ATTIVITA' | TARGET 2017 | CRITERI VALUTAZIONE | PESI | | RESPONSABILE DEL DATO |
|--|---|----------------------------|---|-----------------------------|---------------------------------------|--------------------------|
| | | | | INCENTIVAZIONE dirigenza | comparto | |
| aggiornamento del protocollo di sorveglianza sanitaria per gli operatori CRO | approvazione protocollo aggiornato e pubblicazione dello stesso in intranet aziendale | entro il 31.12.2017 | Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox" value="20%"/> | SPPA |
| adozione "Procedura per presa in carico di persone autorizzate alla frequenza nelle sedi aziendali" | stesura e approvazione della procedura con pubblicazione in intranet aziendale | entro il 30.06.2017 | Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox" value="30%"/> | SPPA/direzione sanitaria |
| adozione "Procedura per presa in carico di persone autorizzate alla frequenza nelle sedi aziendali" | applicazione della procedura tramite l'elaborazione di un database e l'esecuzione delle visite mediche | entro il 31.12.2017 | Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox" value="30%"/> | SPPA/direzione sanitaria |
| organizzazione di corsi di formazione obbligatoria | organizzazione ed esecuzione di n. 4 corsi di formazione obbligatoria: - corso base preposti - corso di aggiornamento preposti - corso base dirigenti - corso aggiornamento dirigenti | entro il 31.12.2017 | Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox" value="20%"/> | CAF |
| | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox" value="100%"/> | |

BUDGET 2017 - UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO

| OBIETTIVO | INDICATORI/ATTIVITA' | TARGET 2017 | CRITERI VALUTAZIONE | PESI | | RESPONSABILE DEL DATO |
|---|---|--|--|-----------------------------|---------------------------------------|-----------------------|
| | | | | INCENTIVAZIONE dirigenza | 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 2018 2. 100% reclami registrati | I risultati vengono valutati 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"/> | <input type="checkbox" value="40%"/> | URP |
| Collaborazione all'elaborazione del bilancio di missione riferito al 2016 | 1. elaborazione delle informazioni di competenza dell'URP (sezione comunicazione e URP) 2. Accompagnamento del personale della ditta che ha pubblicato il BdM, all'interno degli ambulatori e dei reparti del CRO (settimana dall'8 al 12 maggio 2017) per effettuare riprese fotografiche | 1. Evidenza delle informazioni nel documento del bilancio di missione 2. Attestazione del responsabile comunicazione | Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox" value="30%"/> | URP |
| linea progettuale 3.7.4.: accertamento delle condizioni cliniche e assistenziali del paziente dopo la dimissione (esteso a tutte le funzioni assistenziali) | predisposizione di un monitoraggio mensile utile a verificare lo stato di attuazione dell'obiettivo di somministrazione da parte delle strutture operative di degenza di un questionario ai pazienti con ricoveri programmati entro 5 giorni dalla dimissione a partire dal secondo semestre. | trasmissione monitoraggio in direzione a partire dai dimessi di luglio | Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox" value="30%"/> | direzione generale |
| | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox" value="100%"/> | |

BUDGET 2017 - SOSD CONTROLLO DI GESTIONE

| OBIETTIVO | INDICATORI/ATTIVITA' | TARGET 2017 | CRITERI VALUTAZIONE | PESI | | RESPONSABILE DEL DATO |
|---|--|--|---|-----------------------------|----------|---------------------------|
| | | | | INCENTIVAZIONE dirigenza | comparto | |
| Collaborazione all'elaborazione del bilancio di missione riferito al 2016 | 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% | 20% | 30% | |
| Percorso di integrazione CRO / PN per trasferimenti funzioni da atto aziendale | analisi dati attività, costi e ricavi | quadrimestrale in sede di rendiconti economici regionali | Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% | 20% | 20% | SOC Gestione risorse |
| Prosecuzione progetto ABF-costi standard e partecipazione rete NISAN | invio alla DCS dell'analisi organizzativa dell'azienda relativa all'esercizio 2016 | entro il 30.09.2017 | Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% | 45% | 20% | controllo di gestione |
| aggiornamento della reportistica per struttura operativa secondo il nuovo atto aziendale | predisposizione reportistica aggiornata | a partire dai dati di marzo 2017 | Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% | 10% | 30% | controllo di gestione |
| Monitoraggio del rispetto degli obblighi in materia di trasparenza | monitoraggio in attuazione alla delibera n. 236/2017 ANAC | pubblicazione dell'attestazione OIV sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione | Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% | 5% | 0% | Respons. Prevenz. Corruz. |
| | | | | 100% | 100% | |

BUDGET 2017 - SERVIZIO QUALITÀ E RISCHIO CLINICO

| OBIETTIVO | INDICATORI/ATTIVITA' | TARGET 2017 | CRITERI VALUTAZIONE | PESI INCENTIVAZIONE | | RESPONSABILE DEL DATO |
|---|--|---|--|---------------------|----------|-----------------------|
| | | | | dirigenza | comparto | |
| Estensione certificazione ISO all'intero Istituto : documentazione di un processo per le direzioni sanitaria, amministrativa e generale ai fini della certificazione di Istituto | esistenza di un processo documentato per le tre direzioni | entro il 31.12.2017 secondo le specifiche riportate nel progetto cronoprogramma | Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% | 40% | 40% | direzione sanitaria |
| monitoraggio degli obiettivi di budget dei tempi di attesa contenuti nelle schede di budget delle varie strutture operative | 1. invio report dei primi 9 mesi 2. invio report mensile a partire da ottobre | 1. invio al controllo di gestione entro il 10 ottobre 2017 2. invio al controllo di gestione entro il 10 del mese successivo a quello di riferimento | I risultati vengono valutati 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 | 20% | 20% | direzione sanitaria |
| Sorveglianza infezioni SSI in chirurgia senologica e chirurgia colon rettale | report periodo gennaio-giugno 2017 | entro ottobre 2017 | Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% | 20% | 20% | direzione sanitaria |
| Implementazione programma regionale Rete Cure Sicure | individuazione dei link professional | entro 31.12.2017 | Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% | 20% | 20% | direzione sanitaria |
| | | | | 100% | 100% | |

BUDGET 2017 - SOSD DIREZIONE DELLE PROFESSIONI SANITARIE

| OBIETTIVO | INDICATORI/ATTIVITA' | TARGET 2017 | CRITERI VALUTAZIONE | PESI | | RESPONSABILE DEL DATO |
|---|--|-------------------------|---|-----------------------------------|----------------------|-----------------------|
| | | | | INCENTIVAZIONE dirigenza | comparto | |
| definizione dei fabbisogni di organico integrativo per garantire la dotazione di comparto nei tre Dipartimenti | documento elaborato sulla base dei dati storici medi delle varie forme di assenza e riduzione orario | entro 30.09.2017 | Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% | <input type="text" value="50%"/> | <input type="text"/> | direzione sanitaria |
| riformulazione degli articoli del "Regolamento orario di lavoro del personale di comparto" dichiarati inefficaci con sentenza GdL 57/2017 7/6/17, RG n. 215/2015 | riformulazione articoli relativi a "riposi e pause" (art 9 c3), "decurtazione primi 10 minuti di lavoro eccedenti l'orario di lavoro" (art. 10), decurtazione eccedenza oraria eventualmente residua al 31.12 (art 16) | entro 31.10.2017 | Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% | <input type="text" value="50%"/> | <input type="text"/> | direzione sanitaria |
| | | | | <input type="text" value="100%"/> | <input type="text"/> | |

BUDGET 2017 - SOSP DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO

| OBIETTIVO | INDICATORI/ATTIVITA' | TARGET 2017 | CRITERI VALUTAZIONE | PESI INCENTIVAZIONE | | RESPONSABILE DEL DATO |
|--|--|---|---|---------------------|----------|-----------------------|
| | | | | dirigenza | comparto | |
| linea progettuale 2.2 Appropriatelyzza di utilizzo regimi assistenziali e nei consumi di risorse: Percorsi in Day Service Ambulatoriale da autorizzare alla DCS | 1. Esistenza DSA: Interventi di Chirurgia Ambulatoriale per Biopsie di neoplasie pigmentate della cute, Trattamenti di chemioterapia di breve durata e/o per os, Percorsi diagnostici in caso di sospetto di patologia neoplastica) 2. Risposte alle richieste della DCS in termini di valorizzazione delle tariffe | 1. progettazione di 3 DSA entro giugno 2. invio entro 30.09 | al secondo target viene riconosciuta una franchigia di 30 giorni. I risultati vengono valutati 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 | 10% | 10% | direzione sanitaria |
| linea progettuale 2.2 Appropriatelyzza di utilizzo regimi assistenziali e nei consumi di risorse: Adozione nuova SDO | 1. numero riunioni formative 2. monitoraggio delle sdo secondo il piano controlli regionali | 1. n. 3 riunioni entro il primo semestre 2. monitoraggio secondo le tempistiche del piano controlli | I risultati vengono valutati come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei 2 target | 25% | 23% | direzione sanitaria |
| digitalizzazione cartella clinica | 1. numero di cartelle digitalizzate 2. numero accessi alle cartelle cliniche digitalizzate | 1. n. 150 cartelle digitalizzate entro 31.10 per OMB e radioterapia 2. rilevazione del gradimento nell'ultimo bimestre | I risultati vengono valutati 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 | 25% | 23% | direzione sanitaria |
| Riorganizzazione interna: progetto di unificazione degli sportelli di accettazione e prenotazione | avvio e messa a regime | entro settembre 2017 | Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% | 40% | 22% | direzione sanitaria |
| gestione delle anagrafe paziente regionale | estensione dell'attività ai pazienti delle piastre ambulatoriali | evidenza della realizzazione dell'indicatore attraverso la registrazione dei pazienti accettati fuori lista | Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% | 0% | 22% | direzione sanitaria |
| | | | | 100% | 100% | |

BUDGET 2017 - SOSD FARMACIA

| OBIETTIVO | INDICATORI/ATTIVITA' | TARGET 2017 | CRITERI VALUTAZIONE | PESI INCENTIVAZIONE | | RESPONSABILE DEL DATO |
|--|--|--|--|---------------------|----------|-----------------------|
| | | | | dirigenza | comparto | |
| Governo della spesa farmaceutica: analisi secondo schemi predefiniti di trend e previsioni 2017 distinti per struttura | report per struttura, principio attivo, pazienti, cicli e studi clinici | 1. report e relazione di analisi degli scostamenti più significativi entro il 15.09.2017; 2. successivi mensili entro il 15 del mese successivo a quello di riferimento | I risultati vengono valutati 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 | 25% | 25% | direzione sanitaria |
| Governo della spesa farmaceutica: Revisione previsioni 2017 per struttura e CRO | ridefinizione budget 2017 delle strutture e CRO in linea con il piano di rientro (max + 13% del 2016) | invio report alla direzione coerente con PdR entro 30.09.2017 | Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% | 25% | 25% | direzione sanitaria |
| Governo della spesa farmaceutica: Programmazione spesa farmac. Anno 2018 | budget per struttura, principio attivo, pazienti, cicli e studi clinici e consolidamento del budget aziendale | entro 30.11.2017 | Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% | 25% | 25% | direzione sanitaria |
| Appropriatezza d'uso dei farmaci: attivazione monitoraggio indicatori di appropriatezza incontri con i professionisti e direzione | - report off-label autorizzati dalla Direzione Sanitaria - incontri di audit con i professionisti su consumi e appropriatezza | invio report e incontri con cadenza mensile a partire da settembre | Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% | 25% | 25% | direzione sanitaria |
| | | | | 100% | 100% | |

BUDGET 2017 - CENTRO ATTIVITÀ FORMATIVE

| OBIETTIVO | INDICATORI/ATTIVITA' | TARGET 2017 | CRITERI VALUTAZIONE | PESI INCENTIVAZIONE | | RESPONSABILE DEL DATO |
|---|--|---|---|---------------------|----------|-----------------------|
| | | | | dirigenza | comparto | |
| Realizzazione Corso per Direttori Generali su mandato Regionale | a.supporto alla progettazione del percorso formativo; b. ingaggio faculty; c. realizzazione evento (moduli ed esame finale); d. cura aspetti logistici presso CAMPUS CRO | a. evidenza progettazione formativa; b. evidenza ingaggio faculty; c. presenza registri partecipanti e docenti, presenza verbali esame finale; d. evidenza rendicontazione economica | Il risultato viene valutato come segue:se il risultato è sì = 100%se il risultato è no = 0% | 40% | 10% | CAF |
| Adeguamento Sistema Gestione Qualità alla norma ISO 2015: fase preparatoria | a. descrizione macro processo della formazione secondo la norma ISO 2015; b. realizzazione della SWOT secondo la nuova norma; c. sperimentazione dossier formativo individuale | a. evidenza descrizione macro processo della formazione; b. evidenza della compilazione della SWOT; c. presenza di dossier formativo individuale per ciascun operatore per il 2017 | Il risultato viene valutato come segue:se il risultato è sì = 100%se il risultato è no = 0% | 30% | 45% | CAF |
| Formazione del personale agli approcci narrativi e alla umanizzazione delle cure | a. realizzazione di un convegno di Medicina Narrativa; b. realizzazione di almeno 2 seminari sulla narrazione e scrittura | a. Presenza report convegno di Medicina Narrativa; a. presenza documentazione realizzazione eventi su scrittura e narrazione | Il risultato viene valutato come segue:se il risultato è sì = 100%se il risultato è no = 0% | 30% | 45% | CAF |
| | | | | 100% | 100% | |

BUDGET 2017 - UFFICI DI STAFF

| OBIETTIVO | INDICATORI/ATTIVITA' | TARGET 2017 | CRITERI VALUTAZIONE | PESI | | RESPONSABILE DEL DATO |
|--|---|--|--|-----------------------------|----------|-----------------------|
| | | | | INCENTIVAZIONE dirigenza | comparto | |
| Comunicazione: Progetto Fundraising | <p>1. Creazione nuova immagine e nuovo slogan mantenendo la stessa mascotte degli anni precedenti (Molly) in formato adatto a stampa su supporto cartaceo (pieghevoli, promemoria e locandine) che adatto ad uso digitale per web e social (facebook, ecc.).</p> <p>2. Mantenimento e ampliamento programma "Eventi speciali" con fornitura di biglietti o segnalibro personalizzati (matrimoni, battesimi, ecc.) per privati cittadini.</p> <p>3. Fornitura di materiale divulgativo e/o progettazione di gadget/locandine/pieghevoli/segnalibro agli organizzatori di eventi per distribuzione ai donatori durante gli eventi.</p> <p>4. Consolidamento della campagna di raccolta fondi sperimentale denominata: "Auguri di Natale a sostegno della ricerca" attraverso pubblicità sul sito web dell'Istituto. Realizzazione di biglietti natalizi per privati e aziende (in formato cartaceo e/o digitale).</p> | <p>1. Campagna 5x1000 Anno 2017</p> <p>2. Implementazione Campagna "Eventi speciali": mantenere attivo il programma, aumentandone la visibilità nel sito.</p> <p>3. Supporto ad eventi di raccolta fondi per il CRO.</p> <p>4. Campagna natalizia Auguri solidali a sostegno della ric</p> | <p>I risultati vengono valutati come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei risultati</p> | 20% | 20% | direzione scientifica |
| Miglioramento della qualità della sperimentazione clinica | Avvio Institutional Review Board | Valutazione progetti di ricerca e rilascio fattibilità locale sperimentazioni | <p>Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%</p> | 15% | 15% | direzione scientifica |
| Promozione dei processi di trasferimento tecnologico | <p>1. Formazione del personale operante negli IRCCS</p> <p>2. Protocollo di valenza europeo per le biopsie liquide da applicare ai pazienti oncologici</p> | <p>1. Realizzazione di un corso formativo al CRO di Aviano</p> <p>2. Realizzazione di due eventi formativi</p> | <p>I risultati vengono valutati come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei risultati</p> | 20% | 20% | direzione scientifica |
| internazionalizzazione | Scambio delle conoscenze | Realizzazione di un evento a valenza europea | <p>Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%</p> | 15% | 15% | direzione scientifica |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|------|------|-----------------------|
| Implementazione report della ricerca | <p>1. per i ricercatori dell'Istituto: creazione di report relativi alla situazione dei finanziamenti di ricerca finalizzata soprattutto per quanto concerne il personale a tempo determinato (rilevazione per ricercatore e/o per SOC di appartenenza).</p> <p>2. creazione del flusso dati 'bottom-up' per la rilevazione dei costi legati alla Ricerca (Ricerca Corrente del Ministero della Salute e Ricerca finanziata dalla regione FVG).</p> | <p>1. creazione dei report.</p> <p>2. rilevazione dei costi della ricerca corrente e della ricerca finanziata dalla regione FVG tramite DBR per la compilazione del Bilancio della Ricerca.</p> | <p>I risultati vengono valutati come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei risultati</p> | 15% | 15% | direzione scientifica |
| Mantenimento dell'attività del registro tumori | supporto tecnico amministrativo alla conduzione del registro tumori del FVG | Chiusura delle incidenze 2011-2013 e preparazione report su incidenza dei tumori in FVG al 2013 | <p>Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%</p> | 15% | 15% | direzione scientifica |
| | | | | 100% | 100% | |

BUDGET 2017 - SOC EPIDEMIOLOGIA ONCOLOGICA

| OBIETTIVO | INDICATORI/ATTIVITA' | TARGET 2017 | CRITERI VALUTAZIONE | (*) PESI INCENTIVAZIONE | | RESPONSABILE DEL DATO |
|--|---|-------------------------------------|---|-------------------------------|--------------------------|---------------------------|
| | | | | dirigenza | comparto | |
| Pubblicazioni scientifiche | punti di impact factor normalizzato | 180 punti di IF normalizzato | Il risultato viene valutato come segue: Valore ≥ 180 = 100% Valore ≥ 100 e <180 = 80% Valore <100 = 0% | 40% | <input type="checkbox"/> | biblioteca scientifica |
| Mantenimento dell'attività del registro tumori | Produzione di un report con la descrizione dell'incidenza e sopravvivenza per tumore in FVG al 2013 | evidenza del report | Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% | 30% | <input type="checkbox"/> | direzione scientifica |
| Valutazione epidemiologia ambientale in FVG | Attivazione indagine monitoraggio biologico umano a Monfalcone e Servola (TS) | evidenza del report | Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% | 30% | <input type="checkbox"/> | direzione scientifica |
| (*) gli obiettivi del comparto sono riportati nella scheda della direzione scientifica | | | | 100% | <input type="checkbox"/> | |

IRCCS CENTRO DI RIFERIMENTO ONCOLOGICO DI AVIANO

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE NELL'ALBO ON-LINE

Copia della presente deliberazione viene pubblicata nell'Albo on-line del C.R.O. per 15 giorni consecutivi dal 05/09/2017, ai sensi dell'art. 32, comma 1, della Legge 18.06.2009, n. 69.

CERTIFICATO DI ESECUTIVITÀ

La presente deliberazione è divenuta esecutiva il 05/09/2017, ai sensi del combinato disposto degli artt. 46 e 50 della L.R. 19.12.1996 n. 49.

Inviato per quanto di competenza a:

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

- UFF PRESTAZIONI
- URP
- DIR DIP

Aviano, li 05/09/2017

L'INCARICATO
Edi Sorentini
