

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° **145** DEL **09/04/2019**

OGGETTO

APPROVAZIONE BUDGET 2019

***IL DIRETTORE GENERALE***

***Dott. Adriano Marcolongo***

***nominato con Delibera di Giunta della Regione FVG n. 2508 del 28.12.2018 e incaricato con  
appendice n. 733/AP del 28.12.2018 al contratto n. 728/AP del 12.09.2017 a decorrere dal  
28.12.2018 e sino al 31.12.2020***

OGGETTO: APPROVAZIONE BUDGET 2019

### **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;

Viste le deliberazioni di Giunta Regionale n. 2514 del 28 dicembre 2018 e n. 448 del 22.03.2019 che approvano rispettivamente in via preliminare e definitiva il documento “Linee annuali per la gestione del Servizio Sanitario Regionale nel 2019” nel quale sono definiti:

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

Considerato che con nota prot. n. 1543 del 25.01.2019 il direttore generale ha trasmesso ai direttori di SOC e ai responsabili di SOSD le linee guida di budget 2019 che individuano i centri di responsabilità e riportano, le modalità, le progettualità, le tempistiche e i soggetti coinvolti nelle fasi del processo di budget;

Precisato che il documento è stato inviato in data 28.01.2019 all’organismo indipendente di valutazione che ha successivamente approvato la metodologia descritta (prot. 3553/CG del 22.02.2019);

Preso atto che l’iter seguito per la definizione del Budget è stato articolato nelle seguenti fasi, così come previsto dal documento sopraccitato:

- dal 30.01.2019 al 06.02.2019: incontri di istruttoria di budget tra i singoli responsabili dei centri di responsabilità e un gruppo di supporto ristretto costituito dal direttore sanitario, dal direttore scientifico, dai responsabili delle SOSD direzione delle professioni sanitarie e del controllo di gestione. L’esito di queste riunioni è stato quello di procedere, dopo un’analisi dei dati di performance di struttura degli anni 2016-2018, alla definizione di una proposta di budget di obiettivi rilevanti e coerenti rispetto alla programmazione regionale, nazionale e aziendale, misurabili e correlati alle risorse assegnate;
- dal 04.03.2019 – al 22.03.2019: incontri di negoziazione di budget tra il comitato di budget, il singolo direttore/responsabile dei vari centri di responsabilità e il direttore di dipartimento;
- predisposizione definitiva delle schede di budget da parte della SOSD controllo di gestione che contengono gli obiettivi, gli indicatori, i target, i criteri di valutazione ed i pesi percentuali in termini di incentivazione;
- invio delle schede ai singoli responsabili con nota prot. 5965/CG del 28.03.2019 con l’invito a restituire copia debitamente firmata e a diffondere i contenuti ai propri collaboratori;
- modifica da parte delle direzioni di alcune schede di budget a seguito dell’analisi di alcune osservazioni e proposte delle strutture;

Precisato che con delibera n. 131 del 01.04.2019 è stato approvato il programma annuale e bilancio preventivo 2019 nel quale compatibilmente con i vincoli economici, l'Istituto ha formulato la programmazione dell'erogazione dei livelli di assistenza da garantire nell'anno 2019, ha individuato le linee di attività dell'area clinico-assistenziale e di ricerca, ha declinato, nel proprio contesto aziendale, gli obiettivi afferenti alle linee progettuali indicate dalla Regione e ha definito la programmazione delle assunzioni di personale e il piano degli investimenti;

Considerato che gli obiettivi/progetti contenuti nelle schede di budget sono coerenti con le finalità contenute nella programmazione aziendale 2019;

Precisato che le fasi di monitoraggio e valutazione sono disciplinate nel documento "Linee guida per il budget 2019";

Ritenuto di approvare le schede di budget negoziate per l'anno 2019 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. Aldo Mariotto,

del Direttore Amministrativo, Dott.ssa Cristina Zavagno

e del Direttore Scientifico f.f. Dott.ssa Silvia Franceschi

## **DELIBERA**

1. di prendere atto della conclusione del percorso di definizione degli obiettivi di budget 2019;
2. di approvare le schede di budget (Allegato A).

Allegati n. 1



# Allegato A

## Schede di Budget 2019

## BUDGET 2019

### Dipartimento di Oncologia Medica (DOM)

SOC Oncologia Medica e dei Tumori Immunocorrelati	pagg. 01-06
SOC Oncologia Medica e Prevenzione Oncologica	pagg. 07-12
SOC Gastroenterologia Oncologica Sperimentale	pagg. 13-17
SOSD Oncoematologia Trapianti Emopoietici e Terapie Cellulari	pagg. 18-23
SOSD Psicologia Oncologica	pagg. 24-26

### Dipartimento di Oncologia Chirurgica (DOC)

SOC Chirurgia Oncologica Generale con indirizzo su sarcomi, tumori rari e multi-viscerali	pagg. 27-32
SOC Chirurgia Oncologica del Seno	pagg. 33-38
SOC Chirurgia Oncologica Ginecologica	pagg. 39-44
SOC Anestesia e Rianimazione	pagg. 45-49
SOSD Medicina del dolore clinica e sperimentale	pagg. 50-53

### **Dipartimento delle Alte Tecnologie (DAT)**

SOC Radiologia	pagg. 54-58
SOC Medicina Nucleare	pagg. 59-62
SOC Fisica Sanitaria	pagg. 63-65
SOC Oncologia Radioterapica	pagg. 66-69
SOSD Area di Oncologia Integrata Adolescenti e Giovani Adulti	pagg. 70-72

### **Dipartimento della Ricerca e della Diagnostica avanzata dei Tumori (DRDT)**

SOC Oncogenetica e Oncogenomica funzionale	pagg. 73-75
SOC Oncol. Molecolare e Modelli Preclin. di Progress. Tumorale	pagg. 76-79
SOC Farmacologia Sperimentale e Clinica	pagg. 80-83
SOC Immunopatologia e Biomarcatori Oncologici	pagg. 84-87
SOC Oncoematologia Clinico Sperimentale	pagg. 88-91
SOSD Anatomia Patologica ad indirizzo oncologico	pagg. 92-96
SOSD Trattamento di cellule staminali per le terapie cellulari	pagg. 97-100

## **Dipartimento della Gestione Amministrativa (DGA)**

SOC Approvvigionamenti, Economato e Logistica	pagg. 101-103
SOC Gestione delle Tecnologie Cliniche, Tecnico-Strutturali e Informatiche	pagg. 104-106
SOC Gestione Risorse Economico-Finanziarie	pagg. 107-108
SOC Legali, Affari Generali e Gestione Risorse Umane	pagg. 109-111
Direzione amministrativa – Ufficio Cassa	pag. 112

## **Direzione Generale**

Direzione Generale (SPPA, URP e segreteria)	pagg. 113-116
SOSD Controllo di Gestione	pagg. 117-118

## **Direzione Sanitaria**

SOSD Direzione delle professioni sanitarie	pagg. 119-120
SOSD Direzione Medica di Presidio	pagg. 121-123
SOSD Farmacia	pagg. 124-127

## **Direzione Scientifica**

Direzione Scientifica	pagg. 128-141
SOC Epidemiologia e Biostatistica	pagg. 142-144

SCHEDA DI BUDGET 2019 - SOC ONCOLOGIA MEDICA E DEI TUMORI IMMUNOCORRELATI - DIRIGENZA E COMPARTO

Si precisa che i pesi percentuali in termini di incentivazione sono assegnati secondo i seguenti criteri:

- 50% al rispetto dell'equilibrio di bilancio
- 50% distribuiti agli obiettivi presenti nella seguente scheda di budget

A - Volumi di attività assistenziale

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
					responsabile	dirigenza	PO/Coordin.	comparto	
<b>Aumento quali-quantitativo della casistica trattata in regime ordinario</b>	1. Numero dimessi ordinari 2. Peso medio DRG	<b>1. anno 2018+5% 2. ≥ 0,95</b>	1. La percentuale di raggiungimento del target viene valutata come segue: ≥ 99% = 100% ≥ 97% e < 99% = in proporzione all'intervallo < 97% = 0% 2. L'obiettivo viene valutato come segue: ≥ 0,85 = 100% < 0,85 = 0% L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei singoli target.	<b>dimessi: 1.072 peso medio: 0,94</b>	<input type="text" value="15%"/>	<input type="text" value="15%"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	SOSD Controllo di gestione
<b>Aumento quantitativo dell'attività ambulatoriale</b>	1. Trasferimento dell'attività DH di chemio (410) in regime ambulatoriale nella modalità del day service (PAC) e incremento del 10% dei volumi 2018 di chemioterapia 2. Incremento delle prime visite	<b>1. ≥ 3.290 (2018+10%) 2. ≥ 2018+10%</b>	La percentuale di raggiungimento dei due target viene valutata come segue: ≥ 97% = 100% ≥ 95% e < 97% = in proporzione all'intervallo < 95% = 0% L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei due target. Nella valutazione del trasferimento delle chemioterapie da dh in ambulatoriale, si terrà conto dei casi che non possono essere trasferiti per motivi clinici	<b>1. chemioterapie: 1.731 amb+ 1263 giornate dh drg 410 prime visite: 866</b>	<input type="text" value="5%"/>	<input type="text" value="5%"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	SOSD Controllo di gestione
<b>Mantenimento dei volumi di attività ambulatoriale sede di Pordenone anno 2018</b>	Contribuire a garantire l'attività presso la sede di Pordenone	<b>Mantenimento volumi 2018 del periodo aprile-dicembre in proporzione ai medici assegnati alla struttura con nota del 12.03</b>	L'obiettivo verrà rivisto dopo una valutazione dell'attività erogata a Pordenone da parte dei singoli dirigenti medici	<b>n. 5.437 valore € 790.528</b>	<input type="text" value="5%"/>	<input type="text" value="5%"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	SOSD Controllo di gestione
<b>contributo all'aumento quantitativo dell'attività di ricovero ordinario e ambulatoriale richiesto alle strutture dell'OMTI, OMP e area giovani</b>	1. numero dimessi ordinari 2. numero prestazioni ambulatoriali	<b>1. ∑ target strutture OMTI, OMP e GIOVANI 2. ∑ target strutture OMTI e OMP</b>	I due target vengono valutati secondo un criterio proporzionale. Ai fini dell'incentivazione si terrà conto dell'assegnazione del personale alle due tipologie di attività.		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="4%"/>	<input type="text" value="4%"/>	SOSD Controllo di gestione

## B - Ricerca

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
					responsabile	dirigenza	PO/Coordin.	comparto	
Mantenimento livelli di produzione scientifica	1. Impact factor grezzo frazionato 2017-2019 2. Numero delle pubblicazioni anni 2017-2019 (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura) 3. Numero pubblicazioni con I.F. $\geq 3$ (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura)	<b>1. &gt; Impact factor grezzo frazionato 2016-2018</b> <b>2. &gt; numero pubblicazioni anni 2016-2018</b> <b>3. Almeno 1</b>	Ai primi due indicatori viene riconosciuta una franchigia del 20% entro la quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%. Al di sotto della franchigia l'obiettivo non è raggiunto. L'obiettivo viene considerato raggiunto se vengono raggiunti almeno due target		10%	10%			Biblioteca scientifica

## C - Progettualità regionali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
					responsabile	dirigenza	PO/Coordin.	comparto	
Linea regionale 3.5.7. Erogazione dei livelli di assistenza	1. Riduzione dei numero di ricoveri in DH medico per acuti con finalità diagnostica, ricorrendo anche ad un maggiore utilizzo del day service 2. Riduzione della percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti $\geq 65$ anni	<b>1. <math>\leq 1\%</math></b> <b>2. &lt; 2,5% dei ricoveri medici oltre soglia per pazienti <math>\geq 65</math> anni</b>	1. Il target viene valutato come segue: $\leq 0,95\% = 100\%$ $> 0,95\% = 0\%$ 2. Il target viene valutato come segue: $\leq 2,38\% = 100\%$ $> 2,38\% = 0\%$ . L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei due target.	<b>1. 0%</b> <b>2. 2,46%</b>	3%	3%			SOSD Controllo di gestione
Linea regionale 3.8.3 Rapporto con pazienti e familiari nelle attività di ricovero	1. Ogni paziente ricoverato in ospedale deve ricevere l'informazione di chi è il medico responsabile della gestione del proprio caso 2. Presenza del care giver in corso di visita nei reparti di degenza per pazienti che abbisognano di un supporto	<b>Raccolta e trasmissione mensile dei dati alla direzione sanitaria</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		3%	3%	3%	3%	Direzione professioni sanitarie
Linea regionale 4. Il sistema informativo: implementazione della firma digitale nei documenti del G2 clinico	1. % referti ambulatoriali per interni ed esterni firmati digitalmente 2. % lettere di dimissione firmate digitalmente	<b>1. &gt; 95% a partire dal II trimestre</b> <b>2. &gt; 98% a partire dal II trimestre</b>	I risultati vengono valutati come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%. L'obiettivo viene considerato raggiunto se vengono raggiunti entrambi i target	<b>76,49% per oncologie CRO e TCAD</b>	3%	3%			SOSD Controllo di gestione

<b>Linea regionale 3.3.9</b> <b>Implementazione delle cartelle oncologiche informatizzate</b>	% di cartelle implementate relativamente ad almeno questi campi: protocollo/farmaco, diagnosi/sede, stadiazione.	<b>≥ 95% dei pazienti</b>	Due rilevazioni del grado di completezza al 30.06.2019 e al 31.12.2019. L'obiettivo si intende raggiunto se entrambe le rilevazioni raggiungono il target.	<b>98,20%</b>	<input type="text" value="2%"/>	<input type="text" value="3%"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	SOSD Controllo di gestione
<b>Linea regionale 3.8.2.</b> <b>Innovazione nella gestione delle terapie</b>	1. Valutazione di eventuali innovazioni nella gestione delle terapie 2. Avvio di eventuali nuovi setting	<b>1. Entro il primo semestre</b> <b>2. Entro il secondo semestre</b>	I risultati vengono valutati come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		<input type="text" value="3%"/>	<input type="text" value="3%"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Direzione medica di presidio
<b>Linea regionale 3.1.16.</b> <b>Comunicazione del rischio e gestione delle emergenze (Programma XIV PRP): partecipazione al corso sull'antimicrobial stewardship</b>	% di partecipazione al corso aziendale da parte del personale dirigente	<b>Almeno il 30% di medici prescrittori formati</b>	L'obiettivo viene considerato raggiunto anche se il valore registrato è ≥ 25%.		<input type="text" value="3%"/>	<input type="text" value="3%"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Direzione medica di presidio
<b>Linea regionale 4. Il sistema informativo:</b> <b>Completamento della ricetta dematerializzata farmaci</b>	Ricette dematerializzate farmaci/totale ricette farmaci	<b>≥ 90%</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		<input type="text" value="1%"/>	<input type="text" value="3%"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	SOSD Controllo di gestione

## E - Tempi di attesa

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
					responsabile	dirigenza	PO/Coordin.	comparto	
<b>Linea regionale 3.8.1</b> <b>Rispetto degli standard sui Tempi max di attesa per i ricoveri</b>	Gestione informatizzata in G2 clinico delle prenotazioni dei ricoveri e inserimento nel sistema ADT	<b>Entro 01.06.2019</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		<input type="text" value="3%"/>	<input type="text" value="3%"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Direzione medica di presidio
<b>Linea regionale 3.8.1</b> <b>Rispetto degli standard sui Tempi max di attesa per le prestazioni oggetto di monitoraggio regionale e ricoveri</b>	Prestazioni ambulatoriali: Indice di performance priorità B Indice di performance priorità D Ricoveri: indice di performance priorità A indice di performance priorità B indice di performance priorità C indice di performance priorità D	<b>Prestazioni ambulatoriali:</b> <b>priorità B: &gt; 95%</b> <b>priorità D: &gt;90%</b> <b>Ricoveri:</b> <b>priorità A: ≥ 95%</b> <b>priorità B: ≥ 90%</b> <b>priorità C: ≥ 90%</b> <b>priorità D: ≥ 90%</b>	Le prestazioni oggetto di monitoraggio sono: - visita oncologica - ricoveri. L'obiettivo verrà valutato sia per la parte regionale che extraregionale. L'obiettivo verrà valutato come media del raggiungimento dei diversi target.	<b>visite priorità B: 71,85%</b> <b>ricoveri priorità A: 95,50%</b>	<input type="text" value="10%"/>	<input type="text" value="10%"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Rischio clinico

## F - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
					responsabile	dirigenza	PO/Coordin.	comparto	

<b>Attivazione Gruppi multidisciplinari e multiprofessionali</b>	1. Formalizzazione dei gruppi multidisciplinari 2. Avvio delle attività dei gruppi formalizzati dalla direzione e di competenza della struttura	<b>1. Entro il 30 settembre</b> <b>2. Evidenza della verbalizzazione degli incontri</b>	I risultati vengono valutati come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="text" value="3%"/>	<input type="text" value="3%"/>	<input type="text" value="3%"/>	<input type="text" value="3%"/>	Direzione medica di presidio
<b>Elaborazione dei documenti per l'individuazione e formalizzazione dei PDTAR in accordo con la direzione</b>	Formalizzazione dei PDTAR	<b>Almeno 2 entro il 31.12</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="text" value="3%"/>	<input type="text" value="3%"/>	<input type="text" value="3%"/>	<input type="text" value="3%"/>	Direzione medica di presidio
<b>Diffusione formale degli obiettivi di budget ai collaboratori</b>	Organizzazione di un incontro con tutti i collaboratori per la presentazione e condivisione degli obiettivi di budget 2019	<b>Trasmissione all'ufficio controllo di gestione del registro presenze entro il 30.04.2019</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="text" value="3%"/>	<input type="text" value="3%"/>	<input type="text" value="3%"/>	<input type="text" value="3%"/>	SOSD Controllo di gestione
<b>Riorganizzazione area terapia medica oncologica</b>	Predisposizione documento di riorganizzazione	<b>Entro 31.07.2019</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="text" value="3%"/>	<input type="text" value="3%"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Direzione professioni sanitarie

## G - Efficienza operativa e appropriatezza

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
					responsabile	dirigenza	PO/Coordin.	comparto	
<b>Applicazione dei Bundle per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza (documento regionale del 22.09.2016 e modifiche successive)</b>	Bundle emocoltura: Adesione a tutti 5 Item (AREE DEGENZE MEDICHE) Bundle gestione catetere venoso centrale: Adesione a tutti 5 Item (AREE AMBULATORIALI SEDE CRO E PN)	<b>Bundle emocoltura: ≥ 95%</b> <b>Bundle gestione catetere venoso centrale: ≥ 95%</b>	Il monitoraggio verrà effettuato semestralmente su un campione di 20 rilevazioni ogni semestre. I singoli target vengono valutati come segue: ≥ 90,25% = 100% < 90,25% = 0% Il grado di raggiungimento verrà valutato come media del raggiungimento dei singoli bundle.		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="40%"/>	<input type="text" value="43%"/>	Direzione professioni sanitarie
<b>Igiene delle mani</b>	1. Quantità di soluzione idroalcolica consumata per 1000 giornate di degenza; 2. osservazionale sull'igiene delle mani: Infermieri e O.S.S. adesione ≥ 65%	<b>1. &gt; anno precedente (media 2017: ≥ 20/1000gg deg.)</b> <b>2. Tasso di adesione osservata Infermieri e O.S.S. ≥ 65 %</b>	1. Report sui consumi 2. 100 osservazioni per il dipartimento a semestre. L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei due target		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="38%"/>	<input type="text" value="38%"/>	Direzione professioni sanitarie
<b>Appropriatezza del setting assistenziale dei ricoveri</b>	2 monitoraggi semestrali con criteri di campionatura usati per il monitoraggio regionale	<b>≥ 95%</b>	L'obiettivo viene valutato come segue: ≥ 90,25% = 100% < 90,25% = 0%	<input type="text" value="3%"/>	<input type="text" value="3%"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Direzione medica di presidio	
<b>Accurata completezza SDO</b>	Partecipazione al corso organizzato dalla direzione	<b>Evidenza della partecipazione al corso da parte di tutti i medici della struttura</b>	I risultati vengono valutati come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="text" value="3%"/>	<input type="text" value="3%"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	CAF	

## H - Consumi prodotti sanitari

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
					responsabile	dirigenza	PO/Coordin.	comparto	
<b>Contenimento del consumo dei prodotti farmaceutici (ospedalieri e diretta)</b>	1. Valore assegnato	<b>1. ≤ valore 2018+6%</b>	L'obiettivo viene valutato come segue: ≤ 10.465.000 = 100% > 10.465.000 = 0% L'obiettivo è correlato ai volumi di attività assegnati a budget. Potranno essere valutati eventuali scostamenti minimi in termini di valore assoluto.	€ 9.774.258	<input type="text" value="8%"/>	<input type="text" value="8%"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	SOSD Controllo di gestione
<b>Governo appropriatezza prescrittiva dei farmaci</b>	Rispetto delle due raccomandazione Grade FOIFVG	<b>≥ 90% dei casi</b>	I risultati vengono valutati come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		<input type="text" value="2%"/>	<input type="text" value="2%"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	SOSD Farmacia

## I - Risorse

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
					responsabile	dirigenza	PO/Coordin.	comparto	
<b>Gestire le ferie del personale della dirigenza</b>	Numero gg di ferie da fruire entro il 31/12/2019	<b>Numero di giorni da fruire calcolati secondo i criteri di valutazione riportati</b>	1. per coloro che hanno diritto al congedo supplementare per il rischio radiologico: 100% ferie anno corrente + festività soppresse; 2. per coloro che non hanno diritto al congedo supplementare per il rischio radiologico: - per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2019 ≥ al diritto ferie di un anno + festività soppresse : fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari al 100% del maturato di un anno + ulteriori 5 giorni; - per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2019 < del diritto ferie di un anno + festività soppresse: fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari al 100% del maturato di un anno. nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso. L'obiettivo verrà valutato complessivamente a livello di struttura operativa		<input type="text" value="3%"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	SOSD Controllo di gestione

<b>Gestire le ferie del personale del comparto del dipartimento</b>	Numero gg di ferie da fruire entro il 31/12/2019 da parte del personale di tutto il dipartimento	<b>Numero di giorni da fruire calcolati secondo i criteri di valutazione riportati</b>	<p>1. per coloro che hanno diritto al congedo supplementare per il rischio radiologico: 100% ferie anno corrente + festività soppresse;</p> <p>2. per coloro che non hanno diritto al congedo supplementare per il rischio radiologico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2019 ≥ al diritto ferie di un anno + festività soppresse : fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari al 100% del maturato di un anno + ulteriori 5 giorni;</li> <li>- per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2019 &lt; del diritto ferie di un anno + festività soppresse: fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari al 100% del maturato di un anno.</li> </ul> <p>nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso.</p> <p>L'obiettivo verrà valutato complessivamente a livello di struttura operativa</p>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text" value="3%"/> <input type="text"/>	SOSD Controllo di gestione
<b>Gestire l'attività di formazione</b>	Numero ore di formazione esterna	<b>Non superiore alle 2 ore settimana per dirigente dall'approvazione del regolamento</b>	Il risultato viene valutato a livello di struttura nel suo complesso. Il monitoraggio verrà effettuato dal sistema ascot-personale.	<input type="text" value="3%"/> <input type="text" value="3%"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	SOSI Gestione del Personale
<b>Contenimento delle ore di straordinario liquidabili del personale del comparto del dipartimento</b>	Numero di ore di straordinario liquidabili	<b>≤ n. ore: 1.654</b>	L'eccedenza oraria, comprese le ore liquidabili assegnate, deve essere governata durante l'anno dalle posizioni organizzative e dai coordinatori	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text" value="3%"/> <input type="text" value="3%"/>	SOSI Gestione del Personale
				<input type="text" value="100%"/> <input type="text" value="100%"/> <input type="text" value="100%"/> <input type="text" value="100%"/>	

Gli obiettivi della posizione organizzativa e dei coordinatori sono valutati come media del raggiungimento totale riportato nelle singole schede di budget del dipartimento

Una percentuale dell'incremento di produttività, valutata tenendo conto delle risorse e delle potenzialità della struttura, potrà essere incentivata con lo strumento delle risorse aggiuntive regionali anziché con la retribuzione di risultato/produttività. Si rimanda pertanto a quanto sarà previsto negli accordi RAR.

**SCHEDA DI BUDGET 2019 - SOC ONCOLOGIA MEDICA E PREVENZIONE ONCOLOGICA - DIRIGENZA E COMPARTO**

Si precisa che i pesi percentuali in termini di incentivazione sono assegnati secondo i seguenti criteri:

- 50% al rispetto dell'equilibrio di bilancio
- 50% distribuiti agli obiettivi presenti nella seguente scheda di budget

**A - Volumi di attività assistenziale**

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
					responsabile	dirigenza	PO/Coordin.	comparto	
<b>Aumento quali-quantitativo della casistica trattata in regime ordinario</b>	1. Numero ricoveri ordinari 2. Peso medio DRG	<b>1. ≥ 850 ricoveri 2. ≥ 0,94</b>	1. La percentuale di raggiungimento del target viene valutata come segue: ≥ 99% = 100% ≥ 97% e < 99% = in proporzione all'intervallo < 97% = 0% 2. L'obiettivo viene valutato come segue: ≥ 0,85 = 100% < 0,85 = 0% L'obiettivo verrà valutato come media del raggiungimento dei singoli target.	<b>1. 802 2. 0,94</b>	<input type="text" value="15%"/>	<input type="text" value="15%"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	SOSD Controllo di gestione
<b>Aumento quantitativo dell'attività ambulatoriale</b>	Numero di prestazioni ambulatoriali	<b>≥ 28.500 (2018+5%)</b>	La percentuale di raggiungimento del target viene valutata come segue: ≥ 99% = 100% ≥ 97% e < 99% = in proporzione all'intervallo < 97% = 0%	<b>numero prestazioni ambulatoriali: 27.088</b>	<input type="text" value="5%"/>	<input type="text" value="5%"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	SOSD Controllo di gestione
<b>Mantenimento dei volumi di attività ambulatoriale sede di Pordenone anno 2018</b>	Contribuire a garantire l'attività presso la sede di Pordenone	<b>Mantenimento volumi 2018 del periodo aprile-dicembre in proporzione ai medici assegnati alla struttura con nota del 12.03</b>	L'obiettivo verrà rivisto dopo una valutazione dell'attività erogata a Pordenone da parte dei singoli dirigenti medici	<b>n. 5.437 valore € 790.528</b>	<input type="text" value="5%"/>	<input type="text" value="5%"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	SOSD Controllo di gestione
<b>Contributo all'aumento quantitativo dell'attività di ricovero ordinario e ambulatoriale richiesto alle strutture dell'OMTI, OMP e area giovani</b>	1. numero dimessi ordinari 2. numero prestazioni ambulatoriali	<b>1. Σ target strutture OMTI, OMP e GIOVANI 2. Σ target strutture OMTI e OMP</b>	I due target vengono valutati secondo un criterio proporzionale. Ai fini dell'incentivazione si terrà conto dell'assegnazione del personale alle due tipologie di attività.		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="4%"/>	<input type="text" value="4%"/>	SOSD Controllo di gestione

## B - Ricerca

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
					responsabile	dirigenza	PO/Coordin.	comparto	
Mantenimento livelli di produzione scientifica	1. Impact factor grezzo frazionato 2017-2019 2. Numero delle pubblicazioni anni 2017-2019 (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura) 3. Numero pubblicazioni con I.F. $\geq 3$ (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura)	1. > <b>Impact factor grezzo frazionato 2016-2018</b> 2. > <b>numero pubblicazioni anni 2016-2018</b> 3. <b>Almeno 1</b>	Ai primi due indicatori viene riconosciuta una franchigia del 20% entro la quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%. Al di sotto della franchigia l'obiettivo non è raggiunto. L'obiettivo viene considerato raggiunto se vengono raggiunti almeno due target		10%	10%			Biblioteca scientifica

## C - Progettualità regionali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
					responsabile	dirigenza	PO/Coordin.	comparto	
Linea regionale 3.5.7. Erogazione dei livelli di assistenza	1. Riduzione dei numero di ricoveri in DH medico per acuti con finalità diagnostica, ricorrendo anche ad un maggiore utilizzo del day service 2. Riduzione della percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti $\geq 65$ anni	1. <b>percentuale al di sotto del 1% per gli adulti</b> 2. < <b>4% dei ricoveri medici oltre soglia per pazienti <math>\geq 65</math> anni</b>	1. Il target viene valutato come segue: $\leq 0,95\% = 100\%$ $> 0,95\% = 0\%$ 2. Il target viene valutato come segue: $\leq 3,80\% = 100\%$ $> 3,80\% = 0\%$ . L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei singoli target.	1. 0% 2. 6,2	3%	3%			SOSD Controllo di gestione
Linea regionale 3.8.3 Rapporto con pazienti e familiari nelle attività di ricovero	1. Ogni paziente ricoverato in ospedale deve ricevere l'informazione di chi è il medico responsabile della gestione del proprio caso 2. Presenza del care giver in corso di visita nei reparti di degenza per pazienti che abbisognano di un supporto	<b>Raccolta e trasmissione mensile dei dati alla direzione sanitaria</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		3%	3%	3%	3%	Direzione professioni sanitarie
Linea regionale 3.3.9 Implementazione delle cartelle oncologiche informatizzate	% di cartelle implementate relativamente ad almeno questi campi: protocollo/farmaco, diagnosi/sede, stadiazione.	<b><math>\geq 95\%</math> dei pazienti</b>	Due rilevazioni del grado di completezza al 30.06.2019 e al 31.12.2019. L'obiettivo si intende raggiunto se entrambe le rilevazioni raggiungono il target.	<b>96,90%</b>	2%	3%			SOSD Controllo di gestione

<b>Linea regionale 4. Il sistema informativo: implementazione della firma digitale nei documenti del G2 clinico</b>	1. % referti ambulatoriali per interni ed esterni firmati digitalmente 2. % lettere di dimissione firmate digitalmente	<b>1. &gt; 95% a partire dal II trimestre</b> <b>2. &gt; 98% a partire dal II trimestre</b>	I risultati vengono valutati come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%. L'obiettivo viene considerato raggiunto se vengono raggiunti entrambi i target	<b>76,49% per oncologie CRO e TCAD</b>	<input type="checkbox"/> 3%	<input type="checkbox"/> 3%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SOSD Controllo di gestione
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------	-----------------------------	-----------------------------	--------------------------	--------------------------	----------------------------

<b>Linea regionale 3.8.2. Innovazione nella gestione delle terapie</b>	1. Valutazione di eventuali innovazioni nella gestione delle terapie 2. Avvio di eventuali nuovi setting	<b>1. Entro il primo semestre</b> <b>2. Entro il secondo semestre</b>	I risultati vengono valutati come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		<input type="checkbox"/> 3%	<input type="checkbox"/> 3%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Direzione medica di presidio
------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	-----------------------------	-----------------------------	--------------------------	--------------------------	------------------------------

<b>Linea regionale 3.1.16. Comunicazione del rischio e gestione delle emergenze (Programma XIV PRP): partecipazione al corso sull'antimicrobial stewardship</b>	% di partecipazione al corso aziendale da parte del personale dirigente	<b>Almeno il 30% di medici prescrittori formati</b>	L'obiettivo viene considerato raggiunto anche se il valore registrato è ≥ 25%.		<input type="checkbox"/> 3%	<input type="checkbox"/> 3%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Direzione medica di presidio
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------	--	-----------------------------	-----------------------------	--------------------------	--------------------------	------------------------------

<b>Linea regionale 4. Il sistema informativo: Completamento della ricetta dematerializzata farmaci</b>	Ricette dematerializzate farmaci/totale ricette farmaci	<b>≥ 90%</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		<input type="checkbox"/> 1%	<input type="checkbox"/> 3%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SOSD Controllo di gestione
--------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------	--------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------	--	-----------------------------	-----------------------------	--------------------------	--------------------------	----------------------------

## E - Tempi di attesa

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
					responsabile	dirigenza	PO/Coordin.	comparto	
<b>Linea regionale 3.8.1</b> <b>Rispetto degli standard sui Tempi max di attesa per le prestazioni oggetto di monitoraggio regionale e ricoveri</b>	Prestazioni ambulatoriali: Indice di performance priorità B Indice di performance priorità D Ricoveri: indice di performance priorità A indice di performance priorità B indice di performance priorità C indice di performance priorità D	<b>Prestazioni ambulatoriali:</b> <b>priorità B: &gt; 95%</b> <b>priorità D: &gt;90%</b> <b>Ricoveri:</b> <b>priorità A: ≥ 95%</b> <b>priorità B: ≥ 90%</b> <b>priorità C: ≥ 90%</b> <b>priorità D: ≥ 90%</b>	Le prestazioni oggetto di monitoraggio sono: - visita oncologica - ricoveri. L'obiettivo verrà valutato sia per la parte regionale che extraregionale. L'obiettivo verrà valutato come media del raggiungimento dei diversi target.	<b>visite priorità B: 71,85%</b> <b>ricoveri priorità A: 95,50%</b>	<input type="checkbox"/> 10%	<input type="checkbox"/> 10%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rischio clinico

<b>Linea regionale 3.8.1</b> <b>Rispetto degli standard sui Tempi max di attesa per i ricoveri</b>	Gestione informatizzata in G2 clinico delle prenotazioni dei ricoveri e inserimento nel sistema ADT	<b>Entro 01.06.2019</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		<input type="checkbox"/> 3%	<input type="checkbox"/> 3%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Direzione medica di presidio
-------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------	--	-----------------------------	-----------------------------	--------------------------	--------------------------	------------------------------

## F - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
					responsabile	dirigenza	PO/Coordin.	comparto	

<b>Attivazione Gruppi multidisciplinari e multiprofessionali</b>	1. Formalizzazione dei gruppi multidisciplinari 2. Avvio delle attività dei gruppi formalizzati dalla direzione e di competenza della struttura	<b>1. Entro il 30 settembre</b> <b>2. Evidenza della verbalizzazione degli incontri</b>	I risultati vengono valutati come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="text" value="3%"/>	<input type="text" value="3%"/>	<input type="text" value="3%"/>	<input type="text" value="3%"/>	Direzione medica di presidio
<b>Elaborazione dei documenti per l'individuazione e formalizzazione dei PDTAR in accordo con la direzione</b>	Formalizzazione dei PDTAR	<b>Almeno 2 entro il 31.12</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="text" value="3%"/>	<input type="text" value="3%"/>	<input type="text" value="3%"/>	<input type="text" value="3%"/>	Direzione medica di presidio
<b>Diffusione formale degli obiettivi di budget ai collaboratori</b>	Organizzazione di un incontro con tutti i collaboratori per la presentazione e condivisione degli obiettivi di budget 2019	<b>Trasmissione all'ufficio controllo di gestione del registro presenze entro il 30.04.2019</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="text" value="3%"/>	<input type="text" value="3%"/>	<input type="text" value="3%"/>	<input type="text" value="3%"/>	SOSD Controllo di gestione
<b>Riorganizzazione area terapia medica oncologica</b>	Predisposizione documento di riorganizzazione	<b>Entro 31.07.2019</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="text" value="3%"/>	<input type="text" value="3%"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Direzione professioni sanitarie

## G - Efficienza operativa e appropriatezza

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
					responsabile	dirigenza	PO/Coordin.	comparto	
<b>Accurata completezza SDO</b>	Partecipazione al corso organizzato dalla direzione	<b>Evidenza della partecipazione al corso da parte di tutti i medici della struttura</b>	I risultati vengono valutati come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="text" value="3%"/>	<input type="text" value="3%"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	CAF	
<b>Applicazione dei Bundle per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza (documento regionale del 22.09.2016 e modifiche successive)</b>	Bundle emocoltura: Adesione a tutti 5 Item (AREE DEGENZE MEDICHE) Bundle gestione catetere venoso centrale: Adesione a tutti 5 Item (AREE AMBULATORIALI SEDE CRO E PN)	<b>Bundle emocoltura: ≥ 95%</b> <b>Bundle gestione catetere venoso centrale: ≥ 95%</b>	Il monitoraggio verrà effettuato semestralmente su un campione di 20 rilevazioni ogni semestre. I singoli target vengono valutati come segue: ≥ 90,25% = 100% < 90,25% = 0% Il grado di raggiungimento verrà valutato come media del raggiungimento dei singoli bundle.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="40%"/>	<input type="text" value="43%"/>	Direzione professioni sanitarie	
<b>Igiene delle mani</b>	1. Quantità di soluzione idroalcolica consumata per 1000 giornate di degenza; 2. osservazionale sull'igiene delle mani: Infermieri e O.S.S. adesione ≥ 65%	<b>1. &gt; anno precedente (media 2017: ≥ 20/1000gg deg.)</b> <b>2. Tasso di adesione osservata Infermieri e O.S.S. ≥ 65 %</b>	1. Report sui consumi 2. 100 osservazioni per il dipartimento a semestre. L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei due target	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="38%"/>	<input type="text" value="38%"/>	Direzione professioni sanitarie	
<b>Appropriatezza del setting assistenziale dei ricoveri</b>	2 monitoraggi semestrali con criteri di campionatura usati per il monitoraggio regionale	<b>≥ 95%</b>	L'obiettivo viene valutato come segue: ≥ 90,25% = 100% < 90,25% = 0%	<input type="text" value="3%"/>	<input type="text" value="3%"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Direzione medica di presidio	

## H - Consumi prodotti sanitari

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
					responsabile	dirigenza	PO/Coordin.	comparto	
<b>Contenimento del consumo dei prodotti farmaceutici (ospedalieri e diretta)</b>	1. Valore assegnato	<b>1. ≤ valore 2018+6%</b>	L'obiettivo viene valutato come segue: ≤ 12.685.000 = 100% > 12.685.000 = 0% L'obiettivo è correlato ai volumi di attività assegnati a budget. Potranno essere valutati eventuali scostamenti minimi in termini di valore assoluto.	€ 11.847.168	<input type="text" value="8%"/>	<input type="text" value="8%"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	SOSD Controllo di gestione
<b>governo appropriatezza prescrittiva dei farmaci</b>	rispetto delle linee AIOM per il trattamento adiuvante antiormonale per il trattamento della patologia mammaria nella donna in premenopausa	<b>≥ 90% dei casi</b>	I risultati vengono valutati come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		<input type="text" value="2%"/>	<input type="text" value="2%"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	SOSD Farmacia

## I - Risorse

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
					responsabile	dirigenza	PO/Coordin.	comparto	
<b>Gestire le ferie del personale della dirigenza</b>	Numero gg di ferie da fruire entro il 31/12/2019	<b>Numero di giorni da fruire calcolati secondo i criteri di valutazione riportati</b>	1. per coloro che hanno diritto al congedo supplementare per il rischio radiologico: 100% ferie anno corrente + festività soppresse; 2. per coloro che non hanno diritto al congedo supplementare per il rischio radiologico: - per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2019 ≥ al diritto ferie di un anno + festività soppresse : fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari al 100% del maturato di un anno + ulteriori 5 giorni; - per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2019 < del diritto ferie di un anno + festività soppresse: fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari al 100% del maturato di un anno. nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso. L'obiettivo verrà valutato complessivamente a livello di struttura operativa		<input type="text" value="3%"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	SOSD Controllo di gestione

<b>Gestire le ferie del personale del comparto del dipartimento</b>	Numero gg di ferie da fruire entro il 31/12/2019 da parte del personale di tutto il dipartimento	<b>Numero di giorni da fruire calcolati secondo i criteri di valutazione riportati</b>	<p>1. per coloro che hanno diritto al congedo supplementare per il rischio radiologico: 100% ferie anno corrente + festività soppresse;</p> <p>2. per coloro che non hanno diritto al congedo supplementare per il rischio radiologico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2019 ≥ al diritto ferie di un anno + festività soppresse : fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari al 100% del maturato di un anno + ulteriori 5 giorni;</li> <li>- per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2019 &lt; del diritto ferie di un anno + festività soppresse: fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari al 100% del maturato di un anno.</li> </ul> <p>nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso.</p> <p>L'obiettivo verrà valutato complessivamente a livello di struttura operativa</p>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text" value="3%"/> <input type="text"/>	SOSD Controllo di gestione
<b>Gestire l'attività di formazione</b>	Numero ore di formazione esterna	<b>Non superiore alle 2 ore settimana per dirigente dall'approvazione del regolamento</b>	Il risultato viene valutato a livello di struttura nel suo complesso. Il monitoraggio verrà effettuato dal sistema ascot-personale.	<input type="text" value="3%"/> <input type="text" value="3%"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	SOSI Gestione del Personale
<b>Contenimento delle ore di straordinario liquidabili del personale del comparto del dipartimento</b>	Numero di ore di straordinario liquidabili	<b>≤ n. ore: 1.654</b>	L'eccedenza oraria, comprese le ore liquidabili assegnate, deve essere governata durante l'anno dalle posizioni organizzative e dai coordinatori	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text" value="3%"/> <input type="text" value="3%"/>	SOSI Gestione del Personale
				<input type="text" value="100%"/> <input type="text" value="100%"/> <input type="text" value="100%"/> <input type="text" value="100%"/>	

Gli obiettivi della posizione organizzativa e dei coordinatori sono valutati come media del raggiungimento totale riportato nelle singole schede di budget del dipartimento

Una percentuale dell'incremento di produttività, valutata tenendo conto delle risorse e delle potenzialità della struttura, potrà essere incentivata con lo strumento delle risorse aggiuntive regionali anziché con la retribuzione di risultato/produttività. Si rimanda pertanto a quanto sarà previsto negli accordi RAR.

SCHEDA DI BUDGET 2019 - SOC GASTROENTEROLOGIA ONCOLOGICA SPERIMENTALE - DIRIGENZA E COMPARTO

Si precisa che i pesi percentuali in termini di incentivazione sono assegnati secondo i seguenti criteri:

- 50% al rispetto dell'equilibrio di bilancio
- 50% distribuiti agli obiettivi presenti nella seguente scheda di budget

**A - Volumi di attività assistenziale**

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
					responsabile	dirigenza	PO/Coordin.	comparto	
Attività ambulatoriale per esterni e per interni	1. Numero prestazioni complesse 2. Numero altre prestazioni ambulatoriali	1. $\geq$ anno 2018 +5% 2. $\geq$ anno 2018 + 5%	La percentuale di raggiungimento dei target viene valutata come segue: $\geq 97\% = 100\%$ $\geq 95\% \text{ e } < 97\% =$ in proporzione all'intervallo $< 95\% = 0\%$ . L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei singoli target.	1. 8.095 2. 906	20%	20%	7%	7%	SOSD Controllo di gestione

**B - Ricerca**

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
					responsabile	dirigenza	PO/Coordin.	comparto	
Mantenimento livelli di produzione scientifica	1. Impact factor grezzo frazionato 2017-2019 2. Numero delle pubblicazioni anni 2017-2019 (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura) 3. Numero pubblicazioni con I.F. $\geq 3$ (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura)	1. $>$ Impact factor grezzo frazionato 2016-2018 2. $>$ numero pubblicazioni anni 2016-2018 3. Almeno 1	Ai primi due indicatori viene riconosciuta una franchigia del 20% entro la quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%. Al di sotto della franchigia l'obiettivo non è raggiunto. L'obiettivo viene considerato raggiunto se vengono raggiunti almeno due target		10%	10%			Biblioteca scientifica

**C - Progettualità regionali**

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
					responsabile	dirigenza	PO/Coordin.	comparto	

<b>Linea regionale 3.5.3. - Reti di patologia: Malattie rare</b>	1. Produrre almeno 1 percorso assistenziale; 2. Alimentare il registro regionale di cui al DM 279/2001 e produrre alla DCS un report di attività	<b>1. Entro il 31.12.2019</b> <b>2. Invio report di attività alla DCS</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	10%	10%			Direzione medica di presidio
------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------	-----	-----	--	--	------------------------------

<b>Linea regionale 3.1.3 screening oncologico del colon retto: cartella endoscopica di 2° livello</b>	Percentuale di compilazione dei campi fondamentali della cartella endoscopica (in particolare la codifica del livello di rischio)	<b>≥ 95%</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	94,96%	5%	8%			SOSD Controllo di gestione
-------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------	--------	----	----	--	--	----------------------------

<b>Linea regionale 3.2.3 garantire l'offerta della colonscopia di approfondimento di 2° livello entro 30 dalla positività del FOBT di screening.</b>	Tempo di attesa per colonscopia di approfondimento di secondo livello	<b>≤ 30 giorni</b>	Nella valutazione dell'obiettivo si terrà conto anche dei volumi di attività di screening erogata		5%	5%			SOSD Controllo di gestione
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------	--------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------	--	----	----	--	--	----------------------------

## E - Tempi di attesa

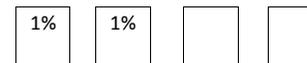
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
					responsabile	dirigenza	PO/Coordin.	comparto	
<b>Linea regionale 3.8.1 Rispetto degli standard sui Tempi max di attesa per le prestazioni oggetto di monitoraggio regionale e ricoveri</b>	Prestazioni ambulatoriali: Indice di performance priorità B	<b>prestazioni ambulatoriali: priorità B: &gt; 95%</b>	Le prestazioni oggetto di monitoraggio sono: - coloscopia - visite - esofagogastroduodenoscopia. L'obiettivo verrà valutato sia per la parte regionale che extraregionale. L'obiettivo verrà valutato come media del raggiungimento dei diversi target.	<b>priorità B VISITA: 93,86%</b> <b>priorità D VISITA: 60,00%</b> <b>priorità B colonscopie: 43,48%</b> <b>priorità D colonscopie: 31,85%</b> <b>priorità B EGDS: 63,89%</b> <b>priorità D EGDS: 71,20%</b>	15%	15%			Rischio clinico
<b>Linea regionale 3.8.1 Rispetto degli standard sui Tempi max di attesa per le prestazioni oggetto di monitoraggio regionale e ricoveri</b>	Prestazioni ambulatoriali: Indice di performance priorità D	<b>prestazioni ambulatoriali: priorità D: &gt;90%</b>	Le prestazioni oggetto di monitoraggio sono: - coloscopia - visite - esofagogastroduodenoscopia. L'obiettivo verrà valutato sia per la parte regionale che extraregionale. L'obiettivo verrà valutato come media del raggiungimento dei diversi target.		4%	4%			Rischio clinico

**Linea regionale 3.8.1**  
**Rispetto degli standard sui**  
**Tempi max di attesa per le**  
**prestazioni oggetto di**  
**monitoraggio regionale e**  
**ricoveri**

Prestazioni ambulatoriali:  
 Indice di performance priorità P

**prestazioni ambulatoriali:**  
**priorità P: > 85%**

Le prestazioni oggetto di monitoraggio sono:  
 - coloscopia  
 - visite  
 - esofagogastroduodenoscopia.  
 L'obiettivo verrà valutato sia per la parte regionale che  
 extraregionale.  
 L'obiettivo verrà valutato come media del raggiungimento dei  
 diversi target.



Rischio clinico

## F - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
					responsabile	dirigenza	PO/Coordin.	comparto	
<b>Organizzazione di incontri con i MMG per la gestione delle neoplasie del tratto gastroenterico</b>	Realizzazione numero incontri	<b>Almeno 3</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		5%	5%			SOC Gastroenterologia Oncologica Sperimentale
<b>Attivazione Gruppi multidisciplinari e multiprofessionali</b>	1. Formalizzazione dei gruppi multidisciplinari 2. Avvio delle attività dei gruppi formalizzati dalla direzione e di competenza della struttura	<b>1. Entro il 30 settembre</b> <b>2. Evidenza della verbalizzazione degli incontri</b>	I risultati vengono valutati come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		3%	3%	3%	3%	Direzione medica di presidio
<b>Elaborazione dei documenti per l'individuazione e formalizzazione dei PDTAR in accordo con la direzione</b>	Formalizzazione dei PDTAR	<b>Almeno 2 entro il 31.12</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		3%	3%	3%	3%	Direzione medica di presidio
<b>Diffusione formale degli obiettivi di budget ai collaboratori</b>	Organizzazione di un incontro con tutti i collaboratori per la presentazione e condivisione degli obiettivi di budget 2019	<b>Trasmissione all'ufficio controllo di gestione del registro presenze entro il 30.04.2019</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		3%	3%	3%	3%	SOSD Controllo di gestione

## G - Efficienza operativa e appropriatezza

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
					responsabile	dirigenza	PO/Coordin.	comparto	
<b>Igiene delle mani</b>	1. Quantità di soluzione idroalcolica consumata per 1000 giornate di degenza; 2. osservazionale sull'igiene delle mani: Infermieri e O.S.S. adesione ≥ 65%	<b>1. &gt; anno precedente (media 2017: ≥ 20/1000gg deg.)</b> <b>2. Tasso di adesione osservata Infermieri e O.S.S. ≥ 65 %</b>	1. Report sui consumi 2. 100 osservazioni per il dipartimento a semestre. L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei due target				40%	43%	Direzione professioni sanitarie

Applicazione dei Bundle per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza (documento regionale del 22.09.2016 e modifiche successive)

Bundle inserimento catetere venoso periferico: Adesione a tutti 5 Item

Bundle inserimento catetere venoso periferico:  $\geq 90\%$

Il monitoraggio verrà effettuato semestralmente su un campione di 20 rilevazioni ogni semestre. Il target viene valutato come segue:  
 $\geq 85,50\% = 100\%$   
 $< 85,50\% = 0\%$



Direzione professioni sanitarie

## H - Consumi prodotti sanitari

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
					responsabile	dirigenza	PO/Coordin.	comparto	
Contenimento consumi prodotti sanitari	Valore assegnato per i prodotti sanitari	$\leq \text{€ } 250.000$	L'incremento di attività oltre al budget assegnato potrà comportare un aumento del consumo di prodotti sanitari nel rispetto del vincolo regionale e proporzionale all'incremento dei volumi. Potranno essere valutati scostamenti minimi in termini di valore assoluto.		10%	10%			SOSD Controllo di gestione

## I - Risorse

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
					responsabile	dirigenza	PO/Coordin.	comparto	
Gestire le ferie del personale della dirigenza	Numero gg di ferie da fruire entro il 31/12/2019	Numero di giorni da fruire calcolati secondo i criteri di valutazione riportati	1. per coloro che hanno diritto al congedo supplementare per il rischio radiologico: 100% ferie anno corrente + festività soppresse; 2. per coloro che non hanno diritto al congedo supplementare per il rischio radiologico: - per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2019 $\geq$ al diritto ferie di un anno + festività soppresse : fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari al 100% del maturato di un anno + ulteriori 5 giorni; - per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2019 $<$ del diritto ferie di un anno + festività soppresse: fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari al 100% del maturato di un anno. nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso. L'obiettivo verrà valutato complessivamente a livello di struttura operativa		3%				SOSD Controllo di gestione

<b>Gestire le ferie del personale del comparto del dipartimento</b>	Numero gg di ferie da fruire entro il 31/12/2019 da parte del personale di tutto il dipartimento	<b>Numero di giorni da fruire calcolati secondo i criteri di valutazione riportati</b>	<p>1. per coloro che hanno diritto al congedo supplementare per il rischio radiologico: 100% ferie anno corrente + festività soppresse;</p> <p>2. per coloro che non hanno il rischio radiologico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2019 ≥ al diritto ferie di un anno + festività soppresse : fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari al 100% del maturato di un anno + ulteriori 5 giorni;</li> <li>- per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2019 &lt; del diritto ferie di un anno + festività soppresse: fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari al 100% del maturato di un anno.</li> </ul> <p>nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso.</p> <p>L'obiettivo verrà valutato complessivamente a livello di struttura operativa</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox" value="3%"/> <input type="checkbox"/>	SOSD Controllo di gestione
<b>Gestire l'attività di formazione</b>	Numero ore di formazione esterna	<b>Non superiore alle 2 ore settimana per dirigente dall'approvazione del regolamento</b>	Il risultato viene valutato a livello di struttura nel suo complesso. Il monitoraggio verrà effettuato dal sistema ascot-personale.	<input type="checkbox" value="3%"/> <input type="checkbox" value="3%"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	SOSI Gestione del Personale
<b>Contenimento delle ore di straordinario liquidabili del personale del comparto del dipartimento</b>	Numero di ore di straordinario liquidabili	<b>≤ n. ore: 1.654</b>	L'eccedenza oraria, comprese le ore liquidabili assegnate, deve essere governata durante l'anno dalle posizioni organizzative e dai coordinatori	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox" value="3%"/> <input type="checkbox" value="3%"/>	SOSI Gestione del Personale
				<input type="checkbox" value="100%"/> <input type="checkbox" value="100%"/> <input type="checkbox" value="100%"/> <input type="checkbox" value="100%"/>	

Gli obiettivi della posizione organizzativa e dei coordinatori sono valutati come media del raggiungimento totale riportato nelle singole schede di budget del dipartimento

Una percentuale dell'incremento di produttività, valutata tenendo conto delle risorse e delle potenzialità della struttura, potrà essere incentivata con lo strumento delle risorse aggiuntive regionali anziché con la retribuzione di risultato/produttività. Si rimanda pertanto a quanto sarà previsto negli accordi RAR.

**SCHEDA DI BUDGET 2019 - SOSD ONCOEMATOLOGIA TRAPIANTI EMOPOIETICI E TERAPIE CELLULARI - DIRIGENZA E COMPARTO**

Si precisa che i pesi percentuali in termini di incentivazione sono assegnati secondo i seguenti criteri:

- 50% al rispetto dell'equilibrio di bilancio
- 50% distribuiti agli obiettivi presenti nella seguente scheda di budget

**A - Volumi di attività assistenziale**

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
					responsabile	dirigenza	PO/Coordin.	comparto	
<b>Aumento quali-quantitativo della casistica trattata in regime ordinario</b>	Numero di pazienti con trapianto	≥ 39	L'obiettivo viene valutato come segue: ≥ 37 = 100% < 37 = 0%	39	15%	15%	2%	2%	SOSD Controllo di gestione
<b>Aumento attività ambulatoriale</b>	Numero prestazioni ambulatoriali	≥ 4.440 (2018+5%)	La percentuale di raggiungimento del target viene valutata come segue: ≥ 99% = 100% ≥ 97% e < 99% = in proporzione all'intervallo < 97% = 0%	4.229	5%	5%	2%	2%	SOSD Controllo di gestione

**B - Ricerca**

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
					responsabile	dirigenza	PO/Coordin.	comparto	
<b>Mantenimento livelli di produzione scientifica</b>	1. Impact factor grezzo frazionato 2017-2019. Numero delle pubblicazioni anni 2017-2019 (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura) 3. Numero pubblicazioni con I.F. ≥ 3 (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura)	<b>1. &gt; Impact factor grezzo frazionato 2016-2018</b> <b>2. &gt; numero pubblicazioni anni 2016-2018</b> <b>3. Almeno 1</b>	Ai primi due indicatori viene riconosciuta una franchigia del 20% entro la quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%. Al di sotto della franchigia l'obiettivo non è raggiunto. L'obiettivo viene considerato raggiunto se vengono raggiunti almeno due target		10%	10%			Biblioteca scientifica

**C - Progettualità regionali**

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
					responsabile	dirigenza	PO/Coordin.	comparto	

<b>Linea regionale 3.5.7. Erogazione dei livelli di assistenza</b>	1. Riduzione dei numero di ricoveri in DH medico per acuti con finalità diagnostica, ricorrendo anche ad un maggiore utilizzo del day service 2. Riduzione della percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti ≥ 65 anni	<b>1. percentuale al di sotto del 3%</b> <b>2. &lt; 4% dei ricoveri medici oltre soglia per pazienti ≥ 65 anni</b>	1. Il target viene valutato come segue: ≤ 2,85% = 100% > 2,85% = 0% 2. Il target viene valutato come segue: ≤ 3,80% = 100% > 3,80% = 0%. L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei singoli target.	1. <b>3,45%;</b> 2. <b>6,04%</b>	3%	3%			SOSD Controllo di gestione
<b>Linea regionale 3.3.9 Implementazione delle cartelle oncologiche informatizzate</b>	% di cartelle implementate relativamente ad almeno questi campi: protocollo/farmaco, diagnosi/sede, stadiazione.	<b>≥ 95% dei pazienti</b>	Due rilevazioni del grado di completezza al 30.06.2019 e al 31.12.2019. L'obiettivo si intende raggiunto se entrambe le rilevazioni raggiungono il target.	<b>96,38%</b>	2%	3%			SOSD Controllo di gestione
<b>Linea regionale 3.8.3 Rapporto con pazienti e familiari nelle attività di ricovero</b>	1. Ogni paziente ricoverato in ospedale deve ricevere l'informazione di chi è il medico responsabile della gestione del proprio caso 2. Presenza del care giver in corso di visita nei reparti di degenza per pazienti che abbisognano di un supporto	<b>Raccolta e trasmissione mensile dei dati alla direzione sanitaria</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		3%	3%	3%	3%	Direzione professioni sanitarie
<b>Linea regionale 4. Il sistema informativo: implementazione della firma digitale nei documenti del G2 clinico</b>	1. % referti ambulatoriali per interni ed esterni firmati digitalmente 2. % lettere di dimissione firmate digitalmente	<b>1. &gt; 95% a partire dal II trimestre</b> <b>2. &gt; 98% a partire dal II trimestre</b>	I risultati vengono valutati come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%. L'obiettivo viene considerato raggiunto se vengono raggiunti entrambi i target	<b>76,49% per oncologie CRO e TCAD</b>	3%	3%			SOSD Controllo di gestione
<b>Linea regionale 3.8.2. Innovazione nella gestione delle terapie</b>	1. Valutazione di eventuali innovazioni nella gestione delle terapie 2. Avvio di eventuali nuovi setting	<b>1. Entro il primo semestre</b> <b>2. Entro il secondo semestre</b>	I risultati vengono valutati come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		3%	3%			SOSD Farmacia
<b>Linea regionale 3.1.16. Comunicazione del rischio e gestione delle emergenze (Programma XIV PRP): partecipazione al corso sull'antimicrobial stewardship</b>	% di partecipazione al corso aziendale da parte del personale dirigente	<b>Almeno il 30% di medici prescrittori formati</b>	L'obiettivo viene considerato raggiunto anche se il valore registrato è ≥ 25%.		3%	3%			Direzione medica di presidio
<b>Linea regionale 4. Il sistema informativo: Completamento della ricetta dematerializzata farmaci</b>	Ricette dematerializzate farmaci/totale ricette farmaci	<b>≥ 90%</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		1%	3%			SOSD Controllo di gestione

## E - Tempi di attesa

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
					responsabile	dirigenza	PO/Coordin.	comparto	
<b>Linea regionale 3.8.1</b> <b>Rispetto degli standard sui Tempi max di attesa per le prestazioni oggetto di monitoraggio regionale e ricoveri</b>	Prestazioni ambulatoriali: Indice di performance priorità B Indice di performance priorità D Ricoveri: indice di performance priorità A indice di performance priorità B indice di performance priorità C indice di performance priorità D	<b>Prestazioni ambulatoriali:</b> <b>priorità B: &gt; 95%</b> <b>priorità D: &gt;90%</b> <b>Ricoveri:</b> <b>priorità A: ≥ 95%</b> <b>priorità B: ≥ 90%</b> <b>priorità C: ≥ 90%</b> <b>priorità D: ≥ 90%</b>	Le prestazioni oggetto di monitoraggio sono: - visita oncologica - ricoveri. L'obiettivo verrà valutato sia per la parte regionale che extraregionale. L'obiettivo verrà valutato come media del raggiungimento dei diversi target.	<b>1. visite priorità B: 100%;</b> <b>2. ricoveri priorità A: 87,63%</b>	<input type="text" value="10%"/>	<input type="text" value="10%"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Rischio clinico
<b>Linea regionale 3.8.1</b> <b>Rispetto degli standard sui Tempi max di attesa per i ricoveri</b>	Gestione informatizzata in G2 clinico delle prenotazioni dei ricoveri e inserimento nel sistema ADT	<b>Entro 01.06.2019</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		<input type="text" value="3%"/>	<input type="text" value="3%"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Direzione medica di presidio

## F - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
					responsabile	dirigenza	PO/Coordin.	comparto	
<b>Certificazione JACIE</b>	Ottenere la certificazione	<b>Entro 31.12</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		<input type="text" value="3%"/>	<input type="text" value="2%"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	0
<b>Gestione delle urgenze onco-ematologiche nei presidi ospedalieri di AAS5 e CRO</b>	Monitoraggio aggiornamento della procedura del 29 marzo 2018	<b>Entro 31.12</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		<input type="text" value="2%"/>	<input type="text" value="3%"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Direzione medica di presidio
<b>Attivazione Gruppi multidisciplinari e multiprofessionali</b>	1. Formalizzazione dei gruppi multidisciplinari 2. Avvio delle attività dei gruppi formalizzati dalla direzione e di competenza della struttura	<b>1. Entro il 30 settembre</b> <b>2. Evidenza della verbalizzazione degli incontri</b>	I risultati vengono valutati come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		<input type="text" value="3%"/>	<input type="text" value="3%"/>	<input type="text" value="3%"/>	<input type="text" value="3%"/>	Direzione medica di presidio
<b>Elaborazione dei documenti per l'individuazione e formalizzazione dei PDTAR in accordo con la direzione</b>	Formalizzazione dei PDTAR	<b>Almeno 2 entro il 31.12</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		<input type="text" value="3%"/>	<input type="text" value="3%"/>	<input type="text" value="3%"/>	<input type="text" value="3%"/>	Direzione medica di presidio

<b>Diffusione formale degli obiettivi di budget ai collaboratori</b>	Organizzazione di un incontro con tutti i collaboratori per la presentazione e condivisione degli obiettivi di budget 2019	<b>Trasmissione all'ufficio controllo di gestione del registro presenze entro il 30.04.2019</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="text" value="3%"/>	<input type="text" value="3%"/>	<input type="text" value="3%"/>	<input type="text" value="3%"/>	SOSD Controllo di gestione
----------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	----------------------------

<b>Riorganizzazione area terapia medica oncologica</b>	Predisposizione documento di riorganizzazione	<b>Entro 31.07.2019</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="text" value="3%"/>	<input type="text" value="3%"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Direzione professioni sanitarie
--------------------------------------------------------	-----------------------------------------------	-------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	----------------------	----------------------	---------------------------------

## G - Efficienza operativa e appropriatezza

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
					responsabile	dirigenza	PO/Coordin.	comparto	
<b>Accurata completezza SDO</b>	Partecipazione al corso organizzato dalla direzione	<b>Evidenza della partecipazione al corso da parte di tutti i medici della struttura</b>	I risultati vengono valutati come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="text" value="3%"/>	<input type="text" value="3%"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	CAF	
<b>Applicazione dei Bundle per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza (documento regionale del 22.09.2016 e modifiche successive)</b>	Bundle emocoltura: Adesione a tutti 5 Item (AREE DEGENZE TCAD) Bundle gestione catetere venoso centrale: Adesione a tutti 5 Item (AREE DEGENZE TCAD)	<b>Bundle emocoltura: ≥ 95%</b> <b>Bundle gestione catetere venoso centrale: ≥ 95%</b>	Il monitoraggio verrà effettuato semestralmente su un campione di 20 rilevazioni ogni semestre. I singoli target vengono valutati come segue: ≥ 90,25% = 100% < 90,25% = 0% Il grado di raggiungimento verrà valutato come media del raggiungimento dei singoli bundle.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="40%"/>	<input type="text" value="43%"/>	Direzione professioni sanitarie	
<b>Igiene delle mani</b>	1. Quantità di soluzione idroalcolica consumata per 1000 giornate di degenza; 2. osservazionale sull'igiene delle mani: Infermieri e O.S.S. adesione ≥ 65%	<b>1. &gt; anno precedente (media 2017: ≥ 20/1000gg deg.)</b> <b>2. Tasso di adesione osservata Infermieri e O.S.S. ≥ 65 %</b>	1. Report sui consumi 2. 100 osservazioni per il dipartimento a semestre. L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei due target	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="38%"/>	<input type="text" value="38%"/>	Direzione professioni sanitarie	
<b>Appropriatezza del setting assistenziale dei ricoveri</b>	2 monitoraggi semestrali con criteri di campionatura usati per il monitoraggio regionale	<b>≥ 95%</b>	L'obiettivo viene valutato come segue: ≥ 90,25% = 100% < 90,25% = 0%	<input type="text" value="3%"/>	<input type="text" value="3%"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Direzione medica di presidio	

## H - Consumi prodotti sanitari

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
					responsabile	dirigenza	PO/Coordin.	comparto	
<b>Contenimento del consumo dei prodotti farmaceutici (ospedalieri e diretta)</b>	1. Valore assegnato	<b>1. ≤ valore 2018+3%</b>	L'obiettivo viene valutato come segue: ≤ 3.640.000 = 100% > 3.640.000 = 0% L'obiettivo è correlato ai volumi di attività assegnati a budget. Potranno essere valutati eventuali scostamenti minimi in termini di valore assoluto.	€ 3.499.006	<input type="text" value="10%"/>	<input type="text" value="10%"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	SOSD Controllo di gestione

## I - Risorse

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
					responsabile	dirigenza	PO/Coordin.	comparto	
Gestire le ferie del personale della dirigenza	Numero gg di ferie da fruire entro il 31/12/2019	Numero di giorni da fruire calcolati secondo i criteri di valutazione riportati	<p>1. per coloro che hanno diritto al congedo supplementare per il rischio radiologico: 100% ferie anno corrente + festività soppresse;</p> <p>2. per coloro che non hanno diritto al congedo supplementare per il rischio radiologico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2019 ≥ al diritto ferie di un anno + festività soppresse : fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari al 100% del maturato di un anno + ulteriori 5 giorni;</li> <li>- per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2019 &lt; del diritto ferie di un anno + festività soppresse: fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari al 100% del maturato di un anno.</li> </ul> <p>nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso. L'obiettivo verrà valutato complessivamente a livello di struttura operativa</p>		3%				SOSD Controllo di gestione
Gestire le ferie del personale del comparto del dipartimento	Numero gg di ferie da fruire entro il 31/12/2019 da parte del personale di tutto il dipartimento	Numero di giorni da fruire calcolati secondo i criteri di valutazione riportati	<p>1. per coloro che hanno diritto al congedo supplementare per il rischio radiologico: 100% ferie anno corrente + festività soppresse;</p> <p>2. per coloro che non hanno diritto al congedo supplementare per il rischio radiologico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2019 ≥ al diritto ferie di un anno + festività soppresse : fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari al 100% del maturato di un anno + ulteriori 5 giorni;</li> <li>- per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2019 &lt; del diritto ferie di un anno + festività soppresse: fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari al 100% del maturato di un anno.</li> </ul> <p>Nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso. L'obiettivo verrà valutato complessivamente a livello di struttura operativa</p>				3%		SOSD Controllo di gestione
Gestire l'attività di formazione	Numero ore di formazione esterna	Non superiore alle 2 ore settimana per dirigente dall'approvazione del regolamento	Il risultato viene valutato a livello di struttura nel suo complesso. Il monitoraggio verrà effettuato dal sistema ascot-personale.		3%	3%			SOSI Gestione del Personale
Contenimento delle ore di straordinario liquidabili del personale del comparto del dipartimento	Numero di ore di straordinario liquidabili	≤ n. ore: 1.654	L'eccedenza oraria, comprese le ore liquidabili assegnate, deve essere governata durante l'anno dalle posizioni organizzative e dai coordinatori				3%	3%	SOSI Gestione del Personale

---

100%

100%

100%

100%

Gli obiettivi della posizione organizzativa e dei coordinatori sono valutati come media del raggiungimento totale riportato nelle singole schede di budget del dipartimento

Una percentuale dell'incremento di produttività, valutata tenendo conto delle risorse e delle potenzialità della struttura, potrà essere incentivata con lo strumento delle risorse aggiuntive regionali anziché con la retribuzione di risultato/produttività. Si rimanda pertanto a quanto sarà previsto negli accordi RAR.

SCHEDA DI BUDGET 2019 - SOSD PSICOLOGIA ONCOLOGICA - DIRIGENZA

Si precisa che i pesi percentuali in termini di incentivazione sono assegnati secondo i seguenti criteri:

- 50% al rispetto dell'equilibrio di bilancio
- 50% distribuiti agli obiettivi presenti nella seguente scheda di budget

**A - Volumi di attività assistenziale**

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE responsabile	RESPONSABILE DEL DATO
Mantenimento dei volumi della specialistica ambulatoriale per esterni anno 2018	Numero di prestazioni per esterni	≥ 3.310	L'obiettivo viene valutato come segue: ≥ 3.240 = 100% < 3.240 = 0%	3.307	25%	SOSD Controllo di gestione

**B - Ricerca**

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE responsabile	RESPONSABILE DEL DATO
Mantenimento livelli di produzione scientifica	1. Impact factor grezzo frazionato 2017-2019 2. Numero delle pubblicazioni anni 2017-2019 (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura) 3. Numero pubblicazioni con I.F. ≥ 3 (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura)	1. > Impact factor grezzo frazionato 2016-2018 2. > numero pubblicazioni anni 2016-2018 3. Almeno 1	Ai primi due indicatori viene riconosciuta una franchigia del 20% entro la quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%. Al di sotto della franchigia l'obiettivo non è raggiunto. L'obiettivo viene considerato raggiunto se vengono raggiunti almeno due target		10%	Biblioteca scientifica

**C - Progettualità regionali**

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE responsabile	RESPONSABILE DEL DATO
Linea regionale 4. Il sistema informativo: implementazione della firma digitale nei documenti del G2 clinico	% referti ambulatoriali per interni ed esterni firmati digitalmente	> 95%	L'obiettivo viene valutato anche con riferimento ai referti dei collaboratori (≥ 90%) a partire dall'arrivo delle tessere. Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	tutti referti: 17,27%; solo referti strutturati: 99,25%	3%	SOSD Controllo di gestione

<b>Linea regionale 3.2.2.6. Cure palliative e terapia del dolore</b>	Partecipazione al progetto cure palliative	<b>E' garantita la partecipazione</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	22%	Direzione medica di presidio
--------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------	-----	------------------------------

## F - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE responsabile	RESPONSABILE DEL DATO
<b>Attivazione Gruppi multidisciplinari e multiprofessionali</b>	1. Formalizzazione dei gruppi multidisciplinari 2. Avvio delle attività dei gruppi formalizzati dalla direzione e di competenza della struttura	<b>1. Entro il 30 settembre 2. Evidenza della verbalizzazione degli incontri</b>	I risultati vengono valutati come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		3%	Direzione medica di presidio
<b>Elaborazione dei documenti per l'individuazione e formalizzazione dei PDTAR in accordo con la direzione</b>	Formalizzazione dei PDTAR	<b>Almeno 2 entro il 31.12</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		3%	Direzione medica di presidio
<b>Diffusione formale degli obiettivi di budget ai collaboratori</b>	Organizzazione di un incontro con tutti i collaboratori per la presentazione e condivisione degli obiettivi di budget 2019	<b>Trasmissione all'ufficio controllo di gestione del registro presenze entro il 30.04.2019</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		3%	SOSD Controllo di gestione
<b>Attivazione gruppi di auto/mutuo aiuto</b>	Numero gruppi	<b>≥ 2</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		25%	SOSD Psicologia

## I - Risorse

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE responsabile	RESPONSABILE DEL DATO
-----------	----------------------	--------	---------------------	-------------	-------------------------------------	-----------------------

**Gestire le ferie del personale della dirigenza**

Numero gg di ferie da fruire entro il 31/12/2019

**Numero di giorni da fruire calcolati secondo i criteri di valutazione riportati**

1. per coloro che hanno diritto al congedo supplementare per il rischio radiologico: 100% ferie anno corrente + festività soppresse;  
2. per coloro che non hanno diritto al congedo supplementare per il rischio radiologico:  
- per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2019  $\geq$  al diritto ferie di un anno + festività soppresse : fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari al 100% del maturato di un anno + ulteriori 5 giorni;  
- per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2019 < del diritto ferie di un anno + festività soppresse: fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari al 100% del maturato di un anno. nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso. L'obiettivo verrà valutato complessivamente a livello di struttura operativa

3%

SOSD Controllo di gestione

**Gestire l'attività di formazione**

Numero ore di formazione esterna

**Non superiore alle 2 ore settimana per dirigente dall'approvazione del regolamento**

Il risultato viene valutato a livello di struttura nel suo complesso. Il monitoraggio verrà effettuato dal sistema ascot-personale.

3%

SOSI Gestione del Personale

100%

Una percentuale dell'incremento di produttività, valutata tenendo conto delle risorse e delle potenzialità della struttura, potrà essere incentivata con lo strumento delle risorse aggiuntive regionali anziché con la retribuzione di risultato/produttività. Si rimanda pertanto a quanto sarà previsto negli accordi RAR.

**SCHEDA DI BUDGET 2019 - SOC CHIRURGIA ONCOLOGICA GENERALE - DIRIGENZA E COMPARTO**

Si precisa che i pesi percentuali in termini di incentivazione sono assegnati secondo i seguenti criteri:

- 50% al rispetto dell'equilibrio di bilancio
- 50% distribuiti agli obiettivi presenti nella seguente scheda di budget

**A - Volumi di attività assistenziale**

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
					responsabile	dirigenza	PO/Coordin.	comparto	
<b>Aumento quali-quantitativo della casistica trattata in regime ordinario</b>	1. Numero di dimessi ordinari 2. Peso medio DRG	<b>1. ≥ 500 (2018+10%) 2. ≥ 1,84</b>	1. La percentuale di raggiungimento del target viene valutata come segue: ≥ 97% = 100% ≥ 95% e < 97% = in proporzione all'intervallo < 95% = 0% 2. Il target viene valutato come segue: ≥ 1,74 = 100% < 1,74 = 0 L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei singoli target.	<b>1. 452 2. 1,84</b>	<input type="text" value="15%"/>	<input type="text" value="15%"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	SOSD Controllo di gestione
<b>Aumento quantitativo dell'attività ambulatoriale</b>	Numero prestazioni ambulatoriali	<b>≥ 2018+5%</b>	La percentuale di raggiungimento del target viene valutata come segue: ≥ 99% = 100% ≥ 97% e < 99% = in proporzione all'intervallo < 97% = 0%	<b>3.886</b>	<input type="text" value="5%"/>	<input type="text" value="5%"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	SOSD Controllo di gestione
<b>contributo all'aumento quantitativo dell'attività di ricovero ordinario e ambulatoriale richiesto alle 3 strutture di chirurgia</b>	1. numero dimessi ordinari 2. numero prestazioni ambulatoriali	<b>1. Σ target delle 3 strutture di chirurgia 2. Σ target delle 3 strutture di chirurgia</b>	i due target vengono valutati secondo un criterio proporzionale. Ai fini dell'incentivazione si terrà conto dell'assegnazione del personale alle due tipologie di attività.		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="4%"/>	<input type="text" value="4%"/>	SOSD Controllo di gestione

**B - Ricerca**

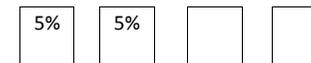
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
					responsabile	dirigenza	PO/Coordin.	comparto	

**Mantenimento livelli di produzione scientifica**

1. Impact factor grezzo frazionato 2017-2019
2. Numero delle pubblicazioni anni 2017-2019 (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura)
3. Numero pubblicazioni con I.F. ≥ 3 (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura)

1. > **Impact factor grezzo frazionato 2016-2018**
2. > **numero pubblicazioni anni 2016-2018**
3. **Almeno 1**

Ai primi due indicatori viene riconosciuta una franchigia del 20% entro la quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%. Al di sotto della franchigia l'obiettivo non è raggiunto. L'obiettivo viene considerato raggiunto se vengono raggiunti almeno due target



Biblioteca scientifica

**C - Progettualità regionali**

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
					responsabile	dirigenza	PO/Coordin.	comparto	
<b>Linea regionale 3.8.3 Rapporto con pazienti e familiari nelle attività di ricovero</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ogni paziente ricoverato in ospedale deve ricevere l'informazione di chi è il medico responsabile della gestione del proprio caso</li> <li>2. Presenza del care giver in corso di visita nei reparti di degenza per pazienti che abbisognano di un supporto</li> <li>3. Contatto telefonico dopo la dimissione da un intervento chirurgico o da altre tipologie di trattamento (recall)</li> </ol>	<b>Raccolta e trasmissione mensile dei dati alla direzione sanitaria</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		3%	3%	3%	3%	Direzione professioni sanitarie
<b>Linea regionale 4. Il sistema informativo: implementazione della firma digitale nei documenti del G2 clinico</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. % referti ambulatoriali per interni ed esterni firmati digitalmente</li> <li>2. % lettere di dimissione firmate digitalmente</li> </ol>	<b>1. &gt; 95% a partire dal II trimestre</b> <b>2. &gt; 98% a partire dal II trimestre</b>	I risultati vengono valutati come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%. L'obiettivo viene considerato raggiunto se vengono raggiunti entrambi i target	64,89%	3%	3%			SOSD Controllo di gestione
<b>Linea regionale 3.1.16. Comunicazione del rischio e gestione delle emergenze (Programma XIV PRP): partecipazione al corso sull'antimicrobial stewardship</b>	% di partecipazione al corso aziendale da parte del personale dirigente	<b>Almeno il 30% di medici prescrittori formati</b>	L'obiettivo viene considerato raggiunto anche se il valore registrato è ≥ 25%.		3%	3%			Direzione medica di presidio

Linea regionale 3.7  
Prosecuzione della  
strutturazione della rete  
HPH FVG e avvio dei  
progetti riguardanti i  
dipendenti e pazienti

Astensione del fumo di tabacco in  
fase peri-operatoria:

**Tutti i soggetti fumatori ai  
quali viene programmato un  
intervento chirurgico sono  
informati sui benefici della  
sospensione del fumo, nelle  
settimane precedenti e  
successive, sulla guarigione  
dopo intervento chirurgico e  
vengono invitati  
all'astensione.**

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

5%	5%		
----	----	--	--

Direzione medica di  
presidio

## E - Tempi di attesa

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
					responsabile	dirigenza	PO/Coordin.	comparto	
Linea regionale 3.8.1 Rispetto degli standard sui Tempi max di attesa per le prestazioni oggetto di monitoraggio regionale e ricoveri	prestazioni ambulatoriali: Indice di performance priorità B Indice di performance priorità D Indice di performance priorità P ricoveri: indice di performance priorità A indice di performance priorità B indice di performance priorità C indice di performance priorità D	<b>prestazioni ambulatoriali: priorità B: &gt; 95% priorità D: &gt;90% priorità P: &gt; 85% ricoveri: priorità A: ≥ 95% priorità B: ≥ 90% priorità C: ≥ 90% priorità D: ≥ 90%</b>	Le prestazioni oggetto di monitoraggio sono: - visita chirurgia generale - interventi neoplasia colon L'obiettivo verrà valutato sia per la parte regionale che extraregionale. L'obiettivo verrà valutato come media del raggiungimento dei diversi target.		10%	10%			Rischio clinico

## F - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
					responsabile	dirigenza	PO/Coordin.	comparto	
Implementazione della firma digitale nel registro di sala operatoria	% interventi chirurgici firmati digitalmente	<b>&gt; 98% a partire dal mese di aprile</b>	Il target viene valutato come segue: ≥ 95% = 100% < 95% = 0%		5%	5%			SOSD Controllo di gestione
Supporto all'attività chirurgica della ginecologia	Numero di interventi in collaborazione	<b>≥ 50</b>	Il target viene valutato come segue: ≥ 45 = 100% < 45 = 0%		10%	13%			SOSD Controllo di gestione
Attivazione Gruppi multidisciplinari e multiprofessionali	1. Formalizzazione dei gruppi multidisciplinari 2. Avvio delle attività dei gruppi formalizzati dalla direzione e di competenza della struttura	<b>1. Entro il 30 settembre 2. Evidenza della verbalizzazione degli incontri</b>	I risultati vengono valutati come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		3%	3%	3%	3%	Direzione medica di presidio
Elaborazione dei documenti per l'individuazione e formalizzazione dei PDTAR in accordo con la direzione	Formalizzazione dei PDTAR	<b>Almeno 2 entro il 31.12</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		3%	3%	3%	3%	Direzione medica di presidio

<b>Diffusione formale degli obiettivi di budget ai collaboratori</b>	Organizzazione di un incontro con tutti i collaboratori per la presentazione e condivisione degli obiettivi di budget 2019	<b>Trasmissione all'ufficio controllo di gestione del registro presenze entro il 30.04.2019</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	3%	3%	3%	3%	SOSD Controllo di gestione
----------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------	----	----	----	----	----------------------------

## G - Efficienza operativa e appropriatezza

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
					responsabile	dirigenza	PO/Coordin.	comparto	
<b>Accurata completezza SDO</b>	Partecipazione al corso organizzato dalla direzione	<b>Evidenza della partecipazione al corso da parte di tutti i medici della struttura</b>	I risultati vengono valutati come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	3%	3%			CAF	
<b>Applicazione dei Bundle per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza (documento regionale del 22.09.2016 e modifiche successive)</b>	Bundle gestione catetere venoso periferico: Adesione a tutti 5 Item (AREE DEGENZE CHIRURGICHE) Bundle gestione catetere vescicale: Adesione a tutti 5 Item (AREE DEGENZE CHIRURGICHE) Bundle prevenzione delle infezioni del sito chirurgico fase intra e post operatoria: Adesione a tutti 5 Item (AREE DEGENZE CHIRURGICHE E SALE OPERATORIE)	<b>1. Bundle gestione catetere venoso periferico: ≥ 90%</b> <b>2. Bundle gestione catetere vescicale: ≥ 95%</b> <b>3. Bundle prevenzione delle infezioni del sito chirurgico fase intra e post operatoria: ≥ 95%</b>	Il monitoraggio verrà effettuato semestralmente su un campione di 20 rilevazioni ogni semestre. I singoli target vengono valutati come segue: 1. ≥ 85,50% = 100% < 85,50% = 0% 2. e 3. ≥ 90,25% = 100% < 90,25% = 0% Il grado di raggiungimento verrà valutato come media del raggiungimento dei singoli bundle.			40%	43%	Direzione professioni sanitarie	
<b>Igiene delle mani</b>	1. Quantità di soluzione idroalcolica consumata per 1000 giornate di degenza; 2. osservazionale sull'igiene delle mani: Infermieri e O.S.S. adesione ≥ 65%	<b>1. &gt; anno precedente (media 2017: ≥ 20/1000gg deg.)</b> <b>2. Tasso di adesione osservata Infermieri e O.S.S. ≥ 65 %</b>	1. Report sui consumi 2. 100 osservazioni per il dipartimento a semestre. L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei due target			38%	38%	Direzione professioni sanitarie	
<b>Appropriatezza del setting assistenziale dei ricoveri</b>	2 monitoraggi semestrali con criteri di campionatura usati per il monitoraggio regionale	≥ 95%	L'obiettivo viene valutato come segue: ≥ 90,25% = 100% < 90,25% = 0%	3%	3%			Direzione medica di presidio	
<b>Sorveglianza delle infezioni ospedaliere</b>	Rispetto dei criteri stabiliti dalla regione	<b>Predisposizione report trimestrale e invio alla direzione</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	5%			Direzione medica di presidio	

## H - Consumi prodotti sanitari

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
					responsabile	dirigenza	PO/Coordin.	comparto	

**Rispetto budget Beni sanitari in rapporto all'attività svolta**

Il budget è assegnato a livello di dipartimento con una responsabilità solidale

≤ € 1.810.000

Il valore assegnato a budget (budget dipartimentale) è stato determinato tenendo conto dei vincoli regionali e dell'obiettivo assegnato all'incremento richiesto in termini di volumi di attività delle chirurgie. Pertanto la valutazione del grado di raggiungimento sarà effettuata a livello di dipartimento e sarà espressa come segue: a parità di volumi e loro tipologia rispetto all'anno precedente, il budget dei consumi per prodotti sanitari deve essere diminuito del 3% rispetto al 2018; l'incremento di attività potrà comportare un aumento del consumo di prodotti sanitari nel rispetto del vincolo regionale e proporzionale all'incremento dei volumi. Potranno essere valutati eventuali scostamenti minimi in termini di valore assoluto.

€ 1.743.376

10%

10%

SOSD Controllo di gestione

## I - Risorse

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
					responsabile	dirigenza	PO/Coordin.	comparto	
Gestire le ferie del personale della dirigenza	Numero gg di ferie da fruire entro il 31/12/2019	Numero di giorni da fruire calcolati secondo i criteri di valutazione riportati	<p>1. per coloro che hanno diritto al congedo supplementare per il rischio radiologico: 100% ferie anno corrente + festività soppresse;</p> <p>2. per coloro che non hanno diritto al congedo supplementare per il rischio radiologico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2019 ≥ al diritto ferie di un anno + festività soppresse : fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari al 100% del maturato di un anno + ulteriori 5 giorni;</li> <li>- per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2019 &lt; del diritto ferie di un anno + festività soppresse: fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari al 100% del maturato di un anno.</li> </ul> <p>nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso.</p> <p>L'obiettivo verrà valutato complessivamente a livello di struttura operativa</p>		3%				SOSD Controllo di gestione

<b>Gestire le ferie del personale del comparto del dipartimento</b>	Numero gg di ferie da fruire entro il 31/12/2019 da parte del personale di tutto il dipartimento	<b>Numero di giorni da fruire calcolati secondo i criteri di valutazione riportati</b>	<p>1. per coloro che hanno diritto al congedo supplementare per il rischio radiologico: 100% ferie anno corrente + festività soppresse;</p> <p>2. per coloro che non hanno diritto al congedo supplementare per il rischio radiologico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2019 ≥ al diritto ferie di un anno + festività soppresse : fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari al 100% del maturato di un anno + ulteriori 5 giorni;</li> <li>- per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2019 &lt; del diritto ferie di un anno + festività soppresse: fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari al 100% del maturato di un anno.</li> </ul> <p>nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso.</p> <p>L'obiettivo verrà valutato complessivamente a livello di struttura operativa</p>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text" value="3%"/> <input type="text"/>	SOSD Controllo di gestione
<b>Gestire l'attività di formazione</b>	Numero ore di formazione esterna	<b>Non superiore alle 2 ore settimana per dirigente dall'approvazione del regolamento</b>	Il risultato viene valutato a livello di struttura nel suo complesso. Il monitoraggio verrà effettuato dal sistema ascot-personale.	<input type="text" value="3%"/> <input type="text" value="3%"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	SOSI Gestione del Personale
<b>Contenimento delle ore di straordinario liquidabili del personale del comparto del dipartimento</b>	Numero di ore di straordinario liquidabili	<b>≤ n. ore: 2.032</b>	L'eccedenza oraria, comprese le ore liquidabili assegnate, deve essere governata durante l'anno dalle posizioni organizzative e dai coordinatori	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text" value="3%"/> <input type="text" value="3%"/>	SOSI Gestione del Personale
				<input type="text" value="100%"/> <input type="text" value="100%"/> <input type="text" value="100%"/> <input type="text" value="100%"/>	

Gli obiettivi della posizione organizzativa e dei coordinatori sono valutati come media del raggiungimento totale riportato nelle singole schede di budget del dipartimento

Una percentuale dell'incremento di produttività, valutata tenendo conto delle risorse e delle potenzialità della struttura, potrà essere incentivata con lo strumento delle risorse aggiuntive regionali anziché con la retribuzione di risultato/produttività. Si rimanda pertanto a quanto sarà previsto negli accordi RAR.

**SCHEDA DI BUDGET 2019 - SOC ONCOLOGIA CHIRURGICA ONCOLOGICA DEL SENO - DIRIGENZA E COMPARTO**

Si precisa che i pesi percentuali in termini di incentivazione sono assegnati secondo i seguenti criteri:

- 50% al rispetto dell'equilibrio di bilancio
- 50% distribuiti agli obiettivi presenti nella seguente scheda di budget

**A - Volumi di attività assistenziale**

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
					responsabile	dirigenza	PO/Coordin.	comparto	
<b>Aumento quali-quantitativo della casistica trattata in regime ordinario</b>	1. Numero ricoveri ordinari 2. Peso medio DRG	<b>1. ≥ 540 (2018+5%) 2. ≥ 1,26</b>	1. La percentuale di raggiungimento del target viene valutata come segue: ≥ 97% = 100% ≥ 95% e < 97% = in proporzione all'intervallo < 95% = 0% 2. L'obiettivo viene valutato come segue: ≥ 1,15 = 100% < 1,15 = 0% L'obiettivo verrà valutato come media del raggiungimento dei singoli target.	<b>1. 514 2. 1,26</b>	<input type="text" value="15%"/>	<input type="text" value="15%"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	SOSD Controllo di gestione
<b>Aumento qualitativo dell'attività ambulatoriale</b>	Numero prestazioni ambulatoriali	<b>≥2018+10%</b>	La percentuale di raggiungimento del target viene valutata come segue: ≥ 97% = 100% ≥ 95% e < 97% = in proporzione all'intervallo < 95% = 0%	<b>3.068</b>	<input type="text" value="5%"/>	<input type="text" value="5%"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	SOSD Controllo di gestione
<b>contributo all'aumento quantitativo dell'attività di ricovero ordinario e ambulatoriale richiesto alle 3 strutture di chirurgia</b>	1. numero dimessi ordinari 2. numero prestazioni ambulatoriali	<b>1. Σ target delle 3 strutture di chirurgia 2. Σ target delle 3 strutture di chirurgia</b>	i due target vengono valutati secondo un criterio proporzionale. Ai fini dell'incentivazione si terrà conto dell'assegnazione del personale alle due tipologie di attività.		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="4%"/>	<input type="text" value="4%"/>	SOSD Controllo di gestione

**B - Ricerca**

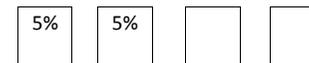
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
					responsabile	dirigenza	PO/Coordin.	comparto	

**Mantenimento livelli di produzione scientifica**

1. Impact factor grezzo frazionato 2017-2019
2. Numero delle pubblicazioni anni 2017-2019 (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura)
3. Numero pubblicazioni con I.F.  $\geq 3$  (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura)

1. > **Impact factor grezzo frazionato 2016-2018**
2. > **numero pubblicazioni anni 2016-2018**
3. **Almeno 1**

Ai primi due indicatori viene riconosciuta una franchigia del 20% entro la quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%. Al di sotto della franchigia l'obiettivo non è raggiunto. L'obiettivo viene considerato raggiunto se vengono raggiunti almeno due target



Biblioteca scientifica

**C - Progettualità regionali**

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
					responsabile	dirigenza	PO/Coordin.	comparto	
<b>Linea regionale 3.1.3 screening mammografico</b>	Tempo di attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla mammella	<b><math>\leq 30</math> giorni</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		2%	2%			SOSD Controllo di gestione
<b>Linea regionale 3.8.3 Rapporto con pazienti e familiari nelle attività di ricovero</b>	1. Ogni paziente ricoverato in ospedale deve ricevere l'informazione di chi è il medico responsabile della gestione del proprio caso 2. Presenza del care giver in corso di visita nei reparti di degenza per pazienti che abbisognano di un supporto 3. Contatto telefonico dopo la dimissione da un intervento chirurgico o da altre tipologie di trattamento (recall)	<b>Raccolta e trasmissione mensile dei dati alla direzione sanitaria</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		3%	3%	3%	3%	Direzione professioni sanitarie
<b>Linea regionale 4. Il sistema informativo: implementazione della firma digitale nei documenti del G2 clinico</b>	1. % referti ambulatoriali per interni ed esterni firmati digitalmente 2. % lettere di dimissione firmate digitalmente	<b>1. &gt; 95%</b> <b>2. &gt; 98%</b>	I risultati vengono valutati come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%. L'obiettivo viene considerato raggiunto se vengono raggiunti entrambi i target	<b>30,14%</b>	3%	3%			SOSD Controllo di gestione
<b>Linea regionale 3.1.16. Comunicazione del rischio e gestione delle emergenze (Programma XIV PRP): partecipazione al corso sull'antimicrobial stewardship</b>	% di partecipazione al corso aziendale da parte del personale dirigente	<b>Almeno il 30% di medici prescrittori formati</b>	L'obiettivo viene considerato raggiunto anche se il valore registrato è $\geq 25\%$ .		3%	3%			Direzione medica di presidio

<b>Linea regionale 3.7</b> Prosecuzione della strutturazione della rete HPH FVG e avvio dei progetti riguardanti i dipendenti e pazienti	Astensione del fumo di tabacco in fase peri-operatoria:	<b>Tutti i soggetti fumatori ai quali viene programmato un intervento chirurgico sono informati sui benefici della sospensione del fumo, nelle settimane precedenti e successive, sulla guarigione dopo intervento chirurgico e vengono invitati all'astensione.</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	3% 3%			Direzione medica di presidio
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------	-------	--	--	------------------------------

<b>trasformazione posti letto ordinari della struttura in posti letto di week surgery</b>	Invio relazione	<b>Entro 30.09.2019</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	2%	3%		SOC Chirurgia Oncologica del Seno
-------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------	-------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------	----	----	--	-----------------------------------

## E - Tempi di attesa

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
					responsabile	dirigenza	PO/Coordin.	comparto	
<b>Linea regionale 3.8.1</b> Rispetto degli standard sui Tempi max di attesa per le prestazioni oggetto di monitoraggio regionale e ricoveri	prestazioni ambulatoriali: Indice di performance priorità B Indice di performance priorità D Indice di performance priorità P ricoveri: indice di performance priorità A indice di performance priorità B indice di performance priorità C indice di performance priorità D	<b>prestazioni ambulatoriali:</b> priorità B: > 95% priorità D: >90% priorità P: > 85% ricoveri: priorità A: ≥ 95% priorità B: ≥ 90% priorità C: ≥ 90% priorità D: ≥ 90%	Le prestazioni oggetto di monitoraggio sono: - visita chirurgia senologica - interventi neoplasia mammella. L'obiettivo verrà valutato sia per la parte regionale che extraregionale. L'obiettivo verrà valutato come media del raggiungimento dei diversi target.		10%	10%			Rischio clinico

## F - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
					responsabile	dirigenza	PO/Coordin.	comparto	
<b>Progetto lipofiling fase II</b>	Numero di casi	≥ 10	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		3%	5%			SOSD Trattamento di cellule staminali per le terapie cellulari
<b>Implementazione della firma digitale nel registro di sala operatoria</b>	% interventi chirurgici firmati digitalmente	<b>&gt; 98% a partire dal mese di aprile</b>	Il target viene valutato come segue: ≥ 95,06 % = 100% < 95,06 % = 0%		5%	5%			SOSD Controllo di gestione
<b>Attivazione Gruppi multidisciplinari e multiprofessionali</b>	1. Formalizzazione dei gruppi multidisciplinari 2. Avvio delle attività dei gruppi formalizzati dalla direzione e di competenza della struttura	<b>1. Entro il 30 settembre</b> <b>2. Evidenza della verbalizzazione degli incontri</b>	I risultati vengono valutati come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		3%	3%	3%	3%	Direzione medica di presidio

<b>Elaborazione dei documenti per l'individuazione e formalizzazione dei PDTAR in accordo con la direzione</b>	Formalizzazione dei PDTAR	<b>Almeno 2 entro il 31.12</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="text" value="3%"/>	<input type="text" value="3%"/>	<input type="text" value="3%"/>	<input type="text" value="3%"/>	Direzione medica di presidio
<b>Diffusione formale degli obiettivi di budget ai collaboratori</b>	Organizzazione di un incontro con tutti i collaboratori per la presentazione e condivisione degli obiettivi di budget 2019	<b>Trasmissione all'ufficio controllo di gestione del registro presenze entro il 30.04.2019</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="text" value="3%"/>	<input type="text" value="3%"/>	<input type="text" value="3%"/>	<input type="text" value="3%"/>	SOSD Controllo di gestione
<b>Percorso triple assessment</b>	Avvio del percorso	<b>Entro ottobre</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="text" value="5%"/>	<input type="text" value="5%"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	SOC Chirurgia Oncologica del Seno

## G - Efficienza operativa e appropriatezza

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
					responsabile	dirigenza	PO/Coordin.	comparto	
<b>Accurata completezza SDO</b>	Partecipazione al corso organizzato dalla direzione	<b>Evidenza della partecipazione al corso da parte di tutti i medici della struttura</b>	I risultati vengono valutati come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="text" value="3%"/>	<input type="text" value="3%"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	CAF	
<b>Applicazione dei Bundle per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza (documento regionale del 22.09.2016 e modifiche successive)</b>	Bundle gestione catetere venoso periferico: Adesione a tutti 5 Item (AREE DEGENZE CHIRURGICHE) Bundle gestione catetere vescicale: Adesione a tutti 5 Item (AREE DEGENZE CHIRURGICHE) Bundle prevenzione delle infezioni del sito chirurgico fase intra e post operatoria: Adesione a tutti 5 Item (AREE DEGENZE CHIRURGICHE E SALE OPERATORIE)	<b>1. Bundle gestione catetere venoso periferico: ≥ 90%</b> <b>2. Bundle gestione catetere vescicale: ≥ 95%</b> <b>3. Bundle prevenzione delle infezioni del sito chirurgico fase pre e post operatoria: ≥ 95%</b>	Il monitoraggio verrà effettuato semestralmente su un campione di 20 rilevazioni ogni semestre. I singoli target vengono valutati come segue: 1. ≥ 85,50% = 100% < 85,50% = 0% 2. e 3. ≥ 90,25% = 100% < 90,25% = 0% Il grado di raggiungimento verrà valutato come media del raggiungimento dei singoli bundle.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="40%"/>	<input type="text" value="43%"/>	Direzione professioni sanitarie	
<b>Igiene delle mani</b>	1. Quantità di soluzione idroalcolica consumata per 1000 giornate di degenza; 2. osservazionale sull'igiene delle mani: Infermieri e O.S.S. adesione ≥ 65%	<b>1. &gt; anno precedente (media 2017: ≥ 20/1000gg deg.)</b> <b>2. Tasso di adesione osservata Infermieri e O.S.S. ≥ 65 %</b>	1. Report sui consumi 2. 100 osservazioni per il dipartimento a semestre. L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei due target	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="38%"/>	<input type="text" value="38%"/>	Direzione professioni sanitarie	
<b>Appropriatezza del setting assistenziale dei ricoveri</b>	2 monitoraggi semestrali con criteri di campionatura usati per il monitoraggio regionale	<b>≥ 95%</b>	L'obiettivo viene valutato come segue: ≥ 90,25% = 100% < 90,25% = 0%	<input type="text" value="3%"/>	<input type="text" value="3%"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Direzione medica di presidio	

<b>Sorveglianza delle infezioni ospedaliere</b>	Rispetto dei criteri stabiliti dalla regione	<b>Predisposizione report trimestrale e invio alla direzione</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="text" value="5%"/>	<input type="text" value="5%"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Direzione medica di presidio
-------------------------------------------------	----------------------------------------------	------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	----------------------	----------------------	------------------------------

## H - Consumi prodotti sanitari

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
					responsabile	dirigenza	PO/Coordin.	comparto	
<b>Rispetto budget Beni sanitari in rapporto all'attività svolta</b>	Il budget è assegnato a livello di dipartimento con una responsabilità solidale	≤ € 1.810.000	Il valore assegnato a budget (budget dipartimentale) è stato determinato tenendo conto dei vincoli regionali e dell'obiettivo assegnato all'incremento richiesto in termini di volumi di attività delle chirurgie. Pertanto la valutazione del grado di raggiungimento sarà effettuata a livello di dipartimento e sarà espressa come segue: a parità di volumi e loro tipologia rispetto all'anno precedente, il budget dei consumi per prodotti sanitari deve essere diminuito del 3% rispetto al 2018; l'incremento di attività potrà comportare un aumento del consumo di prodotti sanitari nel rispetto del vincolo regionale e proporzionale all'incremento dei volumi. Potranno essere valutati eventuali scostamenti minimi in termini di valore assoluto.	€ 1.743.376	<input type="text" value="10%"/>	<input type="text" value="10%"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	SOSD Controllo di gestione

## I - Risorse

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
					responsabile	dirigenza	PO/Coordin.	comparto	
<b>Gestire le ferie del personale della dirigenza</b>	Numero gg di ferie da fruire entro il 31/12/2019	<b>Numero di giorni da fruire calcolati secondo i criteri di valutazione riportati</b>	<p>1. per coloro che hanno diritto al congedo supplementare per il rischio radiologico: 100% ferie anno corrente + festività soppresse;</p> <p>2. per coloro che non hanno diritto al congedo supplementare per il rischio radiologico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2019 ≥ al diritto ferie di un anno + festività soppresse : fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari al 100% del maturato di un anno + ulteriori 5 giorni;</li> <li>- per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2019 &lt; del diritto ferie di un anno + festività soppresse: fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari al 100% del maturato di un anno.</li> </ul> <p>nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso.</p> <p>L'obiettivo verrà valutato complessivamente a livello di struttura operativa</p>		<input type="text" value="3%"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	SOSD Controllo di gestione

<b>Gestire le ferie del personale del comparto del dipartimento</b>	Numero gg di ferie da fruire entro il 31/12/2019 da parte del personale di tutto il dipartimento	<b>Numero di giorni da fruire calcolati secondo i criteri di valutazione riportati</b>	<p>1. per coloro che hanno diritto al congedo supplementare per il rischio radiologico: 100% ferie anno corrente + festività soppresse;</p> <p>2. per coloro che non hanno diritto al congedo supplementare per il rischio radiologico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2019 ≥ al diritto ferie di un anno + festività soppresse : fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari al 100% del maturato di un anno + ulteriori 5 giorni;</li> <li>- per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2019 &lt; del diritto ferie di un anno + festività soppresse: fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari al 100% del maturato di un anno.</li> </ul> <p>nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso.</p> <p>L'obiettivo verrà valutato complessivamente a livello di struttura operativa</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3% <input type="checkbox"/>	SOSD Controllo di gestione
<b>Gestire l'attività di formazione</b>	Numero ore di formazione esterna	<b>Non superiore alle 2 ore settimana per dirigente dall'approvazione del regolamento</b>	Il risultato viene valutato a livello di struttura nel suo complesso. Il monitoraggio verrà effettuato dal sistema ascot-personale.	<input type="checkbox"/> 3% <input type="checkbox"/> 3% <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	SOSI Gestione del Personale
<b>Contenimento delle ore di straordinario liquidabili del personale del comparto del dipartimento</b>	Numero di ore di straordinario liquidabili	<b>≤ n. ore: 2.032</b>	L'eccedenza oraria, comprese le ore liquidabili assegnate, deve essere governata durante l'anno dalle posizioni organizzative e dai coordinatori	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3% <input type="checkbox"/> 3%	SOSI Gestione del Personale
				<input type="checkbox"/> 100% <input type="checkbox"/> 100% <input type="checkbox"/> 100% <input type="checkbox"/> 100%	

Gli obiettivi della posizione organizzativa e dei coordinatori sono valutati come media del raggiungimento totale riportato nelle singole schede di budget del dipartimento

Una percentuale dell'incremento di produttività, valutata tenendo conto delle risorse e delle potenzialità della struttura, potrà essere incentivata con lo strumento delle risorse aggiuntive regionali anziché con la retribuzione di risultato/produttività. Si rimanda pertanto a quanto sarà previsto negli accordi RAR.

SCHEDA DI BUDGET 2019 - SOC CHIRURGIA ONCOLOGICA GINECOLOGICA - DIRIGENZA E COMPARTO

Si precisa che i pesi percentuali in termini di incentivazione sono assegnati secondo i seguenti criteri:

- 50% al rispetto dell'equilibrio di bilancio
- 50% distribuiti agli obiettivi presenti nella seguente scheda di budget

**A - Volumi di attività assistenziale**

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
					responsabile	dirigenza	PO/Coordin.	comparto	
<b>Aumento quali-quantitativo della casistica trattata in regime ordinario</b>	1. Numero ricoveri ordinari 2. Peso medio DRG	<b>1. ≥ 600 (2018+5%) 2. ≥ 1,17</b>	1. La percentuale di raggiungimento del target viene valutata come segue: ≥ 99% = 100% ≥ 97% e < 99% = in proporzione all'intervallo < 97% = 0% 2. Il target viene valutato come segue: ≥ 1,10 = 100% < 1,10 = 0% L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei singoli target.	<b>1. 568 2. 1,17</b>	<input type="text" value="15%"/>	<input type="text" value="15%"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	SOSD Controllo di gestione
<b>Aumento qualitativo dell'attività ambulatoriale</b>	Numero prestazioni ambulatoriali	<b>≥ 2018+5%</b>	La percentuale di raggiungimento del target viene valutata come segue: ≥ 99% = 100% ≥ 97% e < 99% = in proporzione all'intervallo < 97% = 0%	<b>7.957</b>	<input type="text" value="5%"/>	<input type="text" value="5%"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	SOSD Controllo di gestione
<b>Contributo all'aumento quantitativo dell'attività di ricovero ordinario e ambulatoriale richiesto alle 3 strutture di chirurgia</b>	1. numero dimessi ordinari 2. numero prestazioni ambulatoriali	<b>1. Σ target delle 3 strutture di chirurgia 2. Σ target delle 3 strutture di chirurgia</b>	i due target vengono valutati secondo un criterio proporzionale. Ai fini dell'incentivazione si terrà conto dell'assegnazione del personale alle due tipologie di attività.		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="4%"/>	<input type="text" value="4%"/>	SOSD Controllo di gestione

**B - Ricerca**

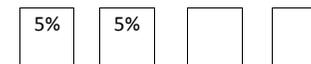
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
					responsabile	dirigenza	PO/Coordin.	comparto	

**Mantenimento livelli di produzione scientifica**

1. Impact factor grezzo frazionato 2017-2019
2. Numero delle pubblicazioni anni 2017-2019 (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura)
3. Numero pubblicazioni con I.F.  $\geq 3$  (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura)

1. > **Impact factor grezzo frazionato 2016-2018**
2. > **numero pubblicazioni anni 2016-2018**
3. **Almeno 1**

Ai primi due indicatori viene riconosciuta una franchigia del 20% entro la quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%. Al di sotto della franchigia l'obiettivo non è raggiunto. L'obiettivo viene considerato raggiunto se vengono raggiunti almeno due target



Biblioteca scientifica

**C - Progettualità regionali**

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
					responsabile	dirigenza	PO/Coordin.	comparto	
<b>Linea regionale 3.8.3 Rapporto con pazienti e familiari nelle attività di ricovero</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ogni paziente ricoverato in ospedale deve ricevere l'informazione di chi è il medico responsabile della gestione del proprio caso</li> <li>2. Presenza del care giver in corso di visita nei reparti di degenza per pazienti che abbisognano di un supporto</li> <li>3. Contatto telefonico dopo la dimissione da un intervento chirurgico o da altre tipologie di trattamento (recall)</li> </ol>	<b>Raccolta e trasmissione mensile dei dati alla direzione sanitaria</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%.		3%	3%	3%	3%	Direzione professioni sanitarie
<b>Linea regionale 4. Il sistema informativo: implementazione della firma digitale nei documenti del G2 clinico</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. % referti ambulatoriali per interni ed esterni firmati digitalmente</li> <li>2. % lettere di dimissione firmate digitalmente</li> </ol>	<b>1. &gt; 95% a partire dal II trimestre</b> <b>2. &gt; 98% a partire dal II trimestre</b>	I risultati vengono valutati come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%. L'obiettivo viene considerato raggiunto se vengono raggiunti entrambi i target	68,22%	3%	3%			SOSD Controllo di gestione
<b>Linea regionale 3.1.16. Comunicazione del rischio e gestione delle emergenze (Programma XIV PRP): partecipazione al corso sull'antimicrobial stewardship</b>	% di partecipazione al corso aziendale da parte del personale dirigente	<b>Almeno il 30% di medici prescrittori formati</b>	L'obiettivo viene considerato raggiunto anche se il valore registrato è $\geq 25\%$ .		3%	3%			Direzione medica di presidio

<b>Linea regionale 3.7</b> <b>Prosecuzione della</b> <b>strutturazione della rete</b> <b>HPH FVG e avvio dei</b> <b>progetti riguardanti i</b> <b>dipendenti e pazienti</b>	Astensione del fumo di tabacco in fase peri-operatoria:	<b>Tutti i soggetti fumatori ai quali viene programmato un intervento chirurgico sono informati sui benefici della sospensione del fumo, nelle settimane precedenti e successive, sulla guarigione dopo intervento chirurgico e vengono invitati all'astensione.</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="text" value="5%"/> <input type="text" value="5%"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Direzione medica di presidio
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------

<b>Linea regionale 3.1.3. Gli screening oncologici in Regione Friuli Venezia Giulia</b>	Tutte le Aziende Sanitarie: assicurare la collaborazione per la riconversione del programma di screening cervicale, inclusi gli aspetti di comunicazione e formazione.	<b>Operatori aziendali formati</b>	I risultati vengono valutati come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="text" value="3%"/> <input type="text" value="3%"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Direzione medica di presidio
-----------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------

## E - Tempi di attesa

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
					responsabile	dirigenza	PO/Coordin.	comparto	
<b>Linea regionale 3.8.1</b> <b>Rispetto degli standard sui Tempi max di attesa per le prestazioni oggetto di monitoraggio regionale e ricoveri</b>	Prestazioni ambulatoriali: Indice di performance priorità B Indice di performance priorità D Indice di performance priorità P ricoveri: indice di performance priorità A indice di performance priorità B indice di performance priorità C indice di performance priorità D	<b>Prestazioni ambulatoriali:</b> <b>priorità B: &gt; 95%</b> <b>priorità D: &gt;90%</b> <b>priorità P: &gt; 85%</b> <b>ricoveri:</b> <b>priorità A: ≥ 95%</b> <b>priorità B: ≥ 90%</b> <b>priorità C: ≥ 90%</b> <b>priorità D: ≥ 90%</b>	Le prestazioni oggetto di monitoraggio sono: - visita chirurgia ginecologica - interventi neoplasia utero. L'obiettivo verrà valutato sia per la parte regionale che extraregionale. L'obiettivo verrà valutato come media del raggiungimento dei diversi target.	<b>visite priorità B: 99,27%</b> <b>visite priorità D: 51,24%</b> <b>ricoveri priorità A: 95,24%</b>	<input type="text" value="10%"/>	<input type="text" value="10%"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Rischio clinico

## F - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
					responsabile	dirigenza	PO/Coordin.	comparto	
<b>Appropriatezza del setting assistenziale dell'attività di isteroscopia operativa</b>	Trasferimento in regime di day surgery delle isteroscopie operative	<b>Nell'ultimo bimestre il 50% delle isteroscopie operative sono erogate in regime di day surgery</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="text" value="5%"/>	<input type="text" value="7%"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	SOSD Controllo di gestione	
<b>Migliorare l'attrazione della struttura</b>	Organizzazione di corsi di chirurgia ginecologica	<b>Almeno 2 entro il 31.12</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="text" value="2%"/>	<input type="text" value="3%"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	SOC Chirurgia Oncologica Ginecologica	

<b>Implementazione della firma digitale nel registro di sala operatoria</b>	% interventi chirurgici firmati digitalmente	<b>&gt; 98% a partire dal mese di aprile</b>	Il target viene valutato come segue: ≥ 95% = 100% < 95% = 0%	5%	5%			SOSD Controllo di gestione
<b>Attivazione Gruppi multidisciplinari e multiprofessionali</b>	1. Formalizzazione dei gruppi multidisciplinari 2. Avvio delle attività dei gruppi formalizzati dalla direzione e di competenza della struttura	<b>1. Entro il 30 settembre 2. Evidenza della verbalizzazione degli incontri</b>	I risultati vengono valutati come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	3%	3%	3%	3%	Direzione medica di presidio
<b>Elaborazione dei documenti per l'individuazione e formalizzazione dei PDTAR in accordo con la direzione</b>	Formalizzazione dei PDTAR	<b>Almeno 2 entro il 31.12</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	3%	3%	3%	3%	Direzione medica di presidio
<b>Diffusione formale degli obiettivi di budget ai collaboratori</b>	Organizzazione di un incontro con tutti i collaboratori per la presentazione e condivisione degli obiettivi di budget 2019	<b>Trasmissione all'ufficio controllo di gestione del registro presenze entro il 30.04.2019</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	3%	3%	3%	3%	SOSD Controllo di gestione

## G - Efficienza operativa e appropriatezza

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
					responsabile	dirigenza	PO/Coordin.	comparto	
<b>Accurata completezza SDO</b>	Partecipazione al corso organizzato dalla direzione	<b>Evidenza della partecipazione al corso da parte di tutti i medici della struttura</b>	I risultati vengono valutati come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		3%	3%			Direzione medica di presidio
<b>Applicazione dei Bundle per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza (documento regionale del 22.09.2016 e modifiche successive)</b>	Bundle gestione catetere venoso periferico: Adesione a tutti 5 Item (AREE DEGENZE CHIRURGICHE) Bundle gestione catetere vescicale: Adesione a tutti 5 Item (AREE DEGENZE CHIRURGICHE) Bundle prevenzione delle infezioni del sito chirurgico fase intra e post operatoria: Adesione a tutti 5 Item (AREE DEGENZE CHIRURGICHE E SALE OPERATORIE)	<b>1. Bundle gestione catetere venoso periferico: ≥ 90% 2. Bundle gestione catetere vescicale: ≥ 95% 3. Bundle prevenzione delle infezioni del sito chirurgico fase intra e post operatoria: ≥ 95%</b>	Il monitoraggio verrà effettuato semestralmente su un campione di 20 rilevazioni ogni semestre. I singoli target vengono valutati come segue: 1. ≥ 85,50% = 100% < 85,50% = 0% 2. e 3. ≥ 90,25% = 100% < 90,25% = 0% Il grado di raggiungimento verrà valutato come media del raggiungimento dei singoli bundle.			40%	43%		Direzione professioni sanitarie
<b>Igiene delle mani</b>	1. Quantità di soluzione idroalcolica consumata per 1000 giornate di degenza; 2. osservazionale sull'igiene delle mani: Infermieri e O.S.S. adesione ≥ 65%	<b>1. &gt; anno precedente (media 2017: ≥ 20/1000gg deg.) 2. Tasso di adesione osservata Infermieri e O.S.S. ≥ 65 %</b>	1. Report sui consumi 2. 100 osservazioni per il dipartimento a semestre. L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei due target			38%	38%		Direzione professioni sanitarie

<b>Appropriatezza del setting assistenziale dei ricoveri</b>	2 monitoraggi semestrali con criteri di campionatura usati per il monitoraggio regionale	≥ 95%	L'obiettivo viene valutato come segue: ≥ 90,25% = 100% < 90,25% = 0%	3%	3%			Direzione medica di presidio
--------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------	-------	----------------------------------------------------------------------------	----	----	--	--	------------------------------

<b>Sorveglianza delle infezioni ospedaliere</b>	Rispetto dei criteri stabiliti dalla regione	<b>Predisposizione report trimestrale e invio alla direzione</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	5%			Direzione medica di presidio
-------------------------------------------------	----------------------------------------------	------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------	----	----	--	--	------------------------------

## H - Consumi prodotti sanitari

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
					responsabile	dirigenza	PO/Coordin.	comparto	
<b>Rispetto budget Beni sanitari in rapporto all'attività svolta</b>	Il budget è assegnato a livello di dipartimento con una responsabilità solidale	≤ € 1.810.000	Il valore assegnato a budget (budget dipartimentale) è stato determinato tenendo conto dei vincoli regionali e dell'obiettivo assegnato all'incremento richiesto in termini di volumi di attività delle chirurgie. Pertanto la valutazione del grado di raggiungimento sarà effettuata a livello di dipartimento e sarà espressa come segue: a parità di volumi e loro tipologia rispetto all'anno precedente, il budget dei consumi per prodotti sanitari deve essere diminuito del 3% rispetto al 2018; l'incremento di attività potrà comportare un aumento del consumo di prodotti sanitari nel rispetto del vincolo regionale e proporzionale all'incremento dei volumi. Potranno essere valutati eventuali scostamenti minimi in termini di valore assoluto.	€ 1.743.376	10%	10%			SOSD Controllo di gestione

## I - Risorse

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
					responsabile	dirigenza	PO/Coordin.	comparto	
<b>Gestire le ferie del personale della dirigenza</b>	Numero gg di ferie da fruire entro il 31/12/2019	<b>Numero di giorni da fruire calcolati secondo i criteri di valutazione riportati</b>	1. per coloro che hanno diritto al congedo supplementare per il rischio radiologico: 100% ferie anno corrente + festività soppresse; 2. per coloro che non hanno diritto al congedo supplementare per il rischio radiologico: - per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2019 ≥ al diritto ferie di un anno + festività soppresse : fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari al 100% del maturato di un anno + ulteriori 5 giorni; - per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2019 < del diritto ferie di un anno + festività soppresse: fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari al 100% del maturato di un anno. nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso. L'obiettivo verrà valutato complessivamente a livello di struttura operativa		3%				SOSD Controllo di gestione

<b>Gestire le ferie del personale del comparto del dipartimento</b>	Numero gg di ferie da fruire entro il 31/12/2019 da parte del personale di tutto il dipartimento	<b>Numero di giorni da fruire calcolati secondo i criteri di valutazione riportati</b>	<p>1. per coloro che hanno diritto al congedo supplementare per il rischio radiologico: 100% ferie anno corrente + festività soppresse;</p> <p>2. per coloro che non hanno diritto al congedo supplementare per il rischio radiologico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2019 ≥ al diritto ferie di un anno + festività soppresse : fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari al 100% del maturato di un anno + ulteriori 5 giorni;</li> <li>- per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2019 &lt; del diritto ferie di un anno + festività soppresse: fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari al 100% del maturato di un anno.</li> </ul> <p>nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso.</p> <p>L'obiettivo verrà valutato complessivamente a livello di struttura operativa</p>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text" value="3%"/> <input type="text"/>	SOSD Controllo di gestione
<b>Gestire l'attività di formazione</b>	Numero ore di formazione esterna	<b>Non superiore alle 2 ore settimana per dirigente dall'approvazione del regolamento</b>	Il risultato viene valutato a livello di struttura nel suo complesso. Il monitoraggio verrà effettuato dal sistema ascot-personale.	<input type="text" value="3%"/> <input type="text" value="3%"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	SOSI Gestione del Personale
<b>Contenimento delle ore di straordinario liquidabili del personale del comparto del dipartimento</b>	Numero di ore di straordinario liquidabili	<b>≤ n. ore: 2.032</b>	L'eccedenza oraria, comprese le ore liquidabili assegnate, deve essere governata durante l'anno dalle posizioni organizzative e dai coordinatori	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text" value="3%"/> <input type="text" value="3%"/>	SOSI Gestione del Personale
				<input type="text" value="100%"/> <input type="text" value="100%"/> <input type="text" value="100%"/> <input type="text" value="100%"/>	

Gli obiettivi della posizione organizzativa e dei coordinatori sono valutati come media del raggiungimento totale riportato nelle singole schede di budget del dipartimento

Una percentuale dell'incremento di produttività, valutata tenendo conto delle risorse e delle potenzialità della struttura, potrà essere incentivata con lo strumento delle risorse aggiuntive regionali anziché con la retribuzione di risultato/produttività. Si rimanda pertanto a quanto sarà previsto negli accordi RAR.

SCHEDA DI BUDGET 2019 - SOC ANESTESIA E RIANIMAZIONE - DIRIGENZA E COMPARTO

Si precisa che i pesi percentuali in termini di incentivazione sono assegnati secondo i seguenti criteri:

- 50% al rispetto dell'equilibrio di bilancio
- 50% distribuiti agli obiettivi presenti nella seguente scheda di budget

A - Volumi di attività assistenziale

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
					responsabile	dirigenza	PO/Coordin.	comparto	
Attività di sala operatoria	Numero ore di sala	≥ 2018+6,5% (in coerenza con l'incremento dell'attività di ricovero ordinario richiesto a budget alle chirurgie)	La percentuale di raggiungimento del target viene valutata come segue: ≥ 97% = 100% ≥ 95% e < 97% = in proporzione all'intervallo < 95% = 0%	3.129	15%	15%	2%	2%	SOSD Controllo di gestione
Incremento del numero di prestazioni ambulatoriali per esterni	Numero di prestazioni per esterni	≥ 1.900	La percentuale di raggiungimento del target viene valutata come segue: ≥ 97% = 100% ≥ 95% e < 97% = in proporzione all'intervallo < 95% = 0%	1.783	5%	5%	2%	2%	SOSD Controllo di gestione

B - Ricerca

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
					responsabile	dirigenza	PO/Coordin.	comparto	
Mantenimento livelli di produzione scientifica	1. Impact factor grezzo frazionato 2017-2019 2. Numero delle pubblicazioni anni 2017-2019 (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura) 3. Numero pubblicazioni con I.F. ≥ 3 (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura)	1. > Impact factor grezzo frazionato 2016-2018 2. > numero pubblicazioni anni 2016-2018 3. Almeno 1	Ai primi due indicatori viene riconosciuta una franchigia del 20% entro la quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%. Al di sotto della franchigia l'obiettivo non è raggiunto. L'obiettivo viene considerato raggiunto se vengono raggiunti almeno due target		5%	5%			Biblioteca scientifica

C - Progettualità regionali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
					responsabile	dirigenza	PO/Coordin.	comparto	

<b>Predisposizione documento cure palliative secondo le indicazioni della Regione</b>	1. Invio documento 2. Avvio delle attività	<b>1. Entro 31.10</b> <b>2. Entro 31.12</b>	I risultati vengono valutati come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		5% 5%			Direzione medica di presidio
<b>Linea regionale 3.8.3 Rapporto con pazienti e familiari nelle attività di ricovero</b>	1. Ogni paziente ricoverato in ospedale deve ricevere l'informazione di chi è il medico responsabile della gestione del proprio caso 2. Presenza del care giver in corso di visita nei reparti di degenza per pazienti che abbisognano di un supporto	<b>Raccolta e trasmissione mensile dei dati alla direzione sanitaria</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		3% 3%	3% 3%		Dirigente delle professioni sanitarie
<b>Linea regionale 4. Il sistema informativo: implementazione della firma digitale nei documenti del G2 clinico</b>	1. % referti ambulatoriali per interni ed esterni firmati digitalmente 2. % lettere di dimissione firmate digitalmente	<b>1. &gt; 95%</b> <b>2. &gt; 98%</b>	I risultati vengono valutati come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%. L'obiettivo viene considerato raggiunto se vengono raggiunti entrambi i target	<b>72,85%</b>	3%	3%		SOSD Controllo di gestione
<b>Linea regionale 3.1.16. Comunicazione del rischio e gestione delle emergenze (Programma XIV PRP): partecipazione al corso sull'antimicrobial stewardship</b>	% di partecipazione al corso aziendale da parte del personale dirigente	<b>Almeno il 30% di medici prescrittori formati</b>	L'obiettivo viene considerato raggiunto anche se il valore registrato è ≥ 25%.		3%	3%		Direzione medica di presidio

## F - Progettualità aziendali

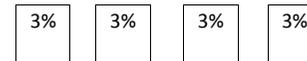
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
					responsabile	dirigenza	PO/Coordin.	comparto	
<b>Attivazione Gruppi multidisciplinari e multiprofessionali</b>	1. Formalizzazione dei gruppi multidisciplinari 2. Avvio delle attività dei gruppi formalizzati dalla direzione e di competenza della struttura	<b>1. Entro il 30 settembre</b> <b>2. Evidenza della verbalizzazione degli incontri</b>	I risultati vengono valutati come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		3%	3%	3%	3%	Direzione medica di presidio
<b>Elaborazione dei documenti per l'individuazione e formalizzazione dei PDTAR in accordo con la direzione</b>	Formalizzazione dei PDTAR	<b>Almeno 2 entro il 31.12</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		3%	3%	3%	3%	Direzione medica di presidio
<b>Garantire il monitoraggio richiesto dalla Regione sull'antibiotico profilassi</b>	Report di monitoraggio secondo i criteri regionali	<b>Invio report alla direzione sanitaria</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		30%	33%			Direzione medica di presidio

Diffusione formale degli obiettivi di budget ai collaboratori

Organizzazione di un incontro con tutti i collaboratori per la presentazione e condivisione degli obiettivi di budget 2019

Trasmissione all'ufficio controllo di gestione del registro presenze entro il 30.04.2019

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



SOSD Controllo di gestione

## G - Efficienza operativa e appropriatezza

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
					responsabile	dirigenza	PO/Coordin.	comparto	
Accurata completezza SDO	Partecipazione al corso organizzato dalla direzione	Evidenza della partecipazione al corso da parte di tutti i medici della struttura	I risultati vengono valutati come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		3%	3%			CAF
Applicazione dei Bundle per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza (documento regionale del 22.09.2016 e modifiche successive)	Bundle gestione CVC: adesione a tutti 5 Item Bundle gestione catetere vescicale: adesione a tutti 5 Item	1.Bundle gestione catetere venoso centrale: ≥ 90% 2. Bundle gestione catetere vescicale: ≥ 95%	Il monitoraggio verrà effettuato semestralmente su un campione di 20 rilevazioni ogni semestre. 1. ≥ 85,50% = 100% < 85,50% = 0% 2. ≥ 90,25% = 100% < 90,25% = 0% Il grado di raggiungimento verrà valutato come media del raggiungimento dei singoli bundle.				40%	43%	Direzione professioni sanitarie
Igiene delle mani	1. Quantità di soluzione idroalcolica consumata per 1000 giornate di degenza; 2. osservazionale sull'igiene delle mani: Infermieri e O.S.S. adesione ≥ 65%	1. > anno precedente (media 2017: ≥ 20/1000gg deg.) 2. Tasso di adesione osservata Infermieri e O.S.S. ≥ 65 %	1. Report sui consumi 2. 100 osservazioni per il dipartimento a semestre. L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei due target				38%	38%	Direzione professioni sanitarie
Appropriatezza del setting assistenziale dei ricoveri	2 monitoraggi semestrali con criteri di campionatura usati per il monitoraggio regionale	≥ 95%	L'obiettivo viene valutato come segue: ≥ 90,25% = 100% < 90,25% = 0%		3%	3%			Direzione medica di presidio

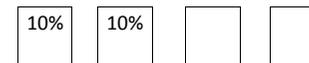
## H - Consumi prodotti sanitari

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
					responsabile	dirigenza	PO/Coordin.	comparto	

**contenimento consumi prodotti sanitari**

Valore assegnato per i prodotti sanitari ≤ € 580.000

Il valore assegnato è stato assegnato tenendo conto dei vincoli regionali e dell'obiettivo assegnato all'incremento richiesto in termini di volumi di attività. Pertanto la valutazione del grado di raggiungimento sarà espressa come segue: a parità di prestazioni e loro tipologia rispetto all'anno precedente, il budget dei consumi per prodotti sanitari deve essere diminuito del 3% rispetto al 2018; l'incremento di attività potrà comportare un aumento del consumo di prodotti sanitari nel rispetto del vincolo regionale e proporzionale all'incremento dei volumi. Potranno essere valutati scostamenti minimi in termini di valore assoluto.



SOSD Controllo di gestione

**I - Risorse**

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
					responsabile	dirigenza	PO/Coordin.	comparto	
Gestire le ferie del personale della dirigenza	Numero gg di ferie da fruire entro il 31/12/2019	Numero di giorni da fruire calcolati secondo i criteri di valutazione riportati	1. per coloro che hanno diritto al congedo supplementare per il rischio radiologico: 100% ferie anno corrente + festività sopresse; 2. per coloro che non hanno diritto al congedo supplementare per il rischio radiologico: - per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2019 ≥ al diritto ferie di un anno + festività sopresse : fruire di un numero di giorni di ferie e festività sopresse pari al 100% del maturato di un anno + ulteriori 5 giorni; - per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2019 < del diritto ferie di un anno + festività sopresse: fruire di un numero di giorni di ferie e festività sopresse pari al 100% del maturato di un anno. nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso. L'obiettivo verrà valutato complessivamente a livello di struttura operativa	3%				SOSD Controllo di gestione	
Gestire le ferie del personale del comparto del dipartimento	Numero gg di ferie da fruire entro il 31/12/2019 da parte del personale di tutto il dipartimento	Numero di giorni da fruire calcolati secondo i criteri di valutazione riportati	1. per coloro che hanno diritto al congedo supplementare per il rischio radiologico: 100% ferie anno corrente + festività sopresse; 2. per coloro che non hanno diritto al congedo supplementare per il rischio radiologico: - per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2019 ≥ al diritto ferie di un anno + festività sopresse : fruire di un numero di giorni di ferie e festività sopresse pari al 100% del maturato di un anno + ulteriori 5 giorni; - per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2019 < del diritto ferie di un anno + festività sopresse: fruire di un numero di giorni di ferie e festività sopresse pari al 100% del maturato di un anno. nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso. L'obiettivo verrà valutato complessivamente a livello di struttura operativa			3%		SOSD Controllo di gestione	

<b>Gestire l'attività di formazione</b>	Numero ore di formazione esterna	<b>Non superiore alle 2 ore settimana per dirigente dall'approvazione del regolamento</b>	Il risultato viene valutato a livello di struttura nel suo complesso. Il monitoraggio verrà effettuato dal sistema ascot-personale.	3%	3%			SOSI Gestione del Personale
<b>Contenimento delle ore di straordinario liquidabili del personale del comparto del dipartimento</b>	Numero di ore di straordinario liquidabili	<b>≤ n. ore: 2.032</b>	L'eccedenza oraria, comprese le ore liquidabili assegnate, deve essere governata durante l'anno dalle posizioni organizzative e dai coordinatori			3%	3%	SOSI Gestione del Personale
				100%	100%	100%	100%	

Gli obiettivi della posizione organizzativa e dei coordinatori sono valutati come media del raggiungimento totale riportato nelle singole schede di budget del dipartimento

Una percentuale dell'incremento di produttività, valutata tenendo conto delle risorse e delle potenzialità della struttura, potrà essere incentivata con lo strumento delle risorse aggiuntive regionali anziché con la retribuzione di risultato/produttività. Si rimanda pertanto a quanto sarà previsto negli accordi RAR.

SCHEDA DI BUDGET 2019 - SOSD MEDICINA DEL DOLORE CLINICA E SPERIMENTALE - DIRIGENZA

Si precisa che i pesi percentuali in termini di incentivazione sono assegnati secondo i seguenti criteri:

- 50% al rispetto dell'equilibrio di bilancio

- 50% distribuiti agli obiettivi presenti nella seguente scheda di budget

**A - Volumi di attività assistenziale**

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE responsabile	RESPONSABILE DEL DATO
Mantenimento dei volumi di attività di terapia antalgica per esterni	Numero prestazioni complessive per esterni	≥ 1.700	La percentuale di raggiungimento del target viene valutata come segue: ≥ 97% = 100% ≥ 95% e < 97% = in proporzione all'intervallo < 95% = 0%	1.349 (luglio-dicembre)	15%	SOSD Controllo di gestione

**B - Ricerca**

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE responsabile	RESPONSABILE DEL DATO
Mantenimento livelli di produzione scientifica	1. Impact factor grezzo frazionato 2017-2019 2. Numero delle pubblicazioni anni 2017-2019 (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura) 3. Numero pubblicazioni con I.F. ≥ 3 (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura)	1. > Impact factor grezzo frazionato 2016-2018 2. > numero pubblicazioni anni 2016-2018 3. Almeno 1	Ai primi due indicatori viene riconosciuta una franchigia del 20% entro la quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%. Al di sotto della franchigia l'obiettivo non è raggiunto. L'obiettivo viene considerato raggiunto se vengono raggiunti almeno due target		5%	Biblioteca scientifica

**C - Progettualità regionali**

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE responsabile	RESPONSABILE DEL DATO
Linea regionale 3.2.2.6 Cure palliative e terapia del dolore: criteri di priorità della visita algologica	Adozione dei criteri di priorità, garantendone le fruibilità agli utenti tramite link al CUP centralizzato Regionale	Evidenza della realizzazione dell'indicatore	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		10%	SOSD Medicina del Dolore Clinica e Sperimentale

<b>Linea regionale 3.2.2.6 Cure palliative e terapia del dolore - codifiche ambulatoriali e di ricovero di terapia antalgica definite nel corso del 2018</b>	Adozione delle codifiche	<b>Entro il primo semestre 2019</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		10%	SOSD Medicina del Dolore Clinica e Sperimentale
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------	-------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------	--	-----	-------------------------------------------------

<b>Linea regionale 4. Il sistema informativo: implementazione della firma digitale nei documenti del G2 clinico</b>	% referti ambulatoriali per interni ed esterni firmati digitalmente	<b>&gt; 95%</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	90,38%	3%	SOSD Controllo di gestione
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------	-----------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------	--------	----	----------------------------

<b>Linea regionale 3.1.16. Comunicazione del rischio e gestione delle emergenze (Programma XIV PRP): partecipazione al corso sull'antimicrobial stewardship</b>	% di partecipazione al corso aziendale da parte del personale dirigente	<b>Almeno il 30% di medici prescrittori formati</b>	L'obiettivo viene considerato raggiunto anche se il valore registrato è ≥ 25%.		3%	Direzione medica di presidio
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------	--	----	------------------------------

<b>Predisposizione documento cure palliative secondo le indicazioni della Regione</b>	1. Invio documento 2. Avvio delle attività	<b>1. Entro 31.10 2. Entro 31.12</b>	I risultati vengono valutati come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		5%	Direzione medica di presidio
---------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------	------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	----	------------------------------

## E - Tempi di attesa

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE responsabile	RESPONSABILE DEL DATO
<b>Linea regionale 3.2.2.6 Cure palliative e terapia del dolore: Rispetto degli standard sui Tempi max di attesa per le prestazioni della terapia del dolore</b>	prestazioni ambulatoriali: Indice di performance priorità B Indice di performance priorità D	<b>prestazioni ambulatoriali: priorità B: ≥ 75% a partire dal II semestre 2019 priorità D: ≥ 75% a partire dal II semestre 2019</b>	Le prestazioni oggetto di monitoraggio sono: - prima visita algologica. L'obiettivo verrà valutato come media del raggiungimento dei diversi target.		10%	Rischio clinico

## F - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE responsabile	RESPONSABILE DEL DATO
<b>Attivazione Gruppi multidisciplinari e multiprofessionali</b>	1. Formalizzazione dei gruppi multidisciplinari 2. Avvio delle attività dei gruppi formalizzati dalla direzione e di competenza della struttura	<b>1. Entro il 30 settembre 2. Evidenza della verbalizzazione degli incontri</b>	I risultati vengono valutati come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		3%	Direzione medica di presidio

<b>Elaborazione dei documenti per l'individuazione e formalizzazione dei PDTAR in accordo con la direzione</b>	Formalizzazione dei PDTAR	<b>Almeno 2 entro il 31.12</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	3%	Direzione medica di presidio
<b>Diffusione formale degli obiettivi di budget ai collaboratori</b>	Organizzazione di un incontro con tutti i collaboratori per la presentazione e condivisione degli obiettivi di budget 2019	<b>Trasmissione all'ufficio controllo di gestione del registro presenze entro il 30.04.2019</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	3%	SOSD Controllo di gestione
<b>Progetto sperimentale di valutazione idoneità alla guida del paziente oncologico</b>	Presentazione del progetto alla direzione strategica	<b>Entro settembre</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	6%	SOSD Medicina del Dolore Clinica e Sperimentale
<b>Piano riabilitazione oncologica</b>	Attivazione ambulatorio	<b>Entro luglio</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	SOSD Medicina del Dolore Clinica e Sperimentale

## G - Efficienza operativa e appropriatezza

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE responsabile	RESPONSABILE DEL DATO
<b>Accurata completezza SDO</b>	Partecipazione al corso organizzato dalla direzione	<b>Evidenza della partecipazione al corso da parte di tutti i medici della struttura</b>	I risultati vengono valutati come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		3%	CAF

## H - Consumi prodotti sanitari

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE responsabile	RESPONSABILE DEL DATO
<b>Contenimento consumi prodotti sanitari</b>	Valore assegnato	<b>≤ 53.000</b>	Il valore assegnato è stato assegnato tenendo conto dei vincoli regionali e dell'obiettivo assegnato ai volumi di attività. Pertanto la valutazione del grado di raggiungimento sarà espressa come segue: a parità di prestazioni e loro tipologia rispetto all'anno precedente, il budget dei consumi per prodotti sanitari deve essere diminuito del 3% rispetto al 2018; l'incremento di attività potrà comportare un aumento del consumo di prodotti sanitari nel rispetto del vincolo regionale e proporzionale all'incremento dei volumi. Potranno essere valutati scostamenti minimi in termini di valore assoluto.		10%	SOSD Controllo di gestione

## I - Risorse

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE responsabile	RESPONSABILE DEL DATO
Gestire le ferie del personale della dirigenza	Numero gg di ferie da fruire entro il 31/12/2019	Numero di giorni da fruire calcolati secondo i criteri di valutazione riportati	<p>1. per coloro che hanno diritto al congedo supplementare per il rischio radiologico: 100% ferie anno corrente + festività soppresse;</p> <p>2. per coloro che non hanno diritto al congedo supplementare per il rischio radiologico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2019 <math>\geq</math> al diritto ferie di un anno + festività soppresse : fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari al 100% del maturato di un anno + ulteriori 5 giorni;</li> <li>- per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2019 &lt; del diritto ferie di un anno + festività soppresse: fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari al 100% del maturato di un anno.</li> </ul> <p>nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso. L'obiettivo verrà valutato complessivamente a livello di struttura operativa</p>		3%	SOSD Controllo di gestione
Gestire l'attività di formazione	Numero ore di formazione esterna	Non superiore alle 2 ore settimana per dirigente dall'approvazione del regolamento	Il risultato viene valutato a livello di struttura nel suo complesso. Il monitoraggio verrà effettuato dal sistema ascot-personale.		3%	SOSI Gestione del Personale
					100%	

Una percentuale dell'incremento di produttività, valutata tenendo conto delle risorse e delle potenzialità della struttura, potrà essere incentivata con lo strumento delle risorse aggiuntive regionali anziché con la retribuzione di risultato/produttività. Si rimanda pertanto a quanto sarà previsto negli accordi RAR.

**SCHEDA DI BUDGET 2019 - SOC RADIOLOGIA ONCOLOGICA - DIRIGENZA E COMPARTO**

Si precisa che i pesi percentuali in termini di incentivazione sono assegnati secondo i seguenti criteri:

- 50% al rispetto dell'equilibrio di bilancio
- 50% distribuiti agli obiettivi presenti nella seguente scheda di budget

**A - Volumi di attività assistenziale**

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
					responsabile	dirigenza	PO/Coordin.	comparto	
Mantenimento attività complessiva (per esterni e per interni) anno 2018	Numero prestazioni per esterni e per interni (escluso screening)	≥ volumi 2018 mantenendo il rapporto tra i volumi delle diverse tipologie di prestazioni e/o rispettando le indicazioni della direzione sanitaria.	Viene riconosciuta una franchigia del 2% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%. Al di sotto della franchigia l'obiettivo non è raggiunto.	1.RMN: 4.169 2. TAC: 7.478 3. ALTRE PRESTAZIONI 19.065	25%	25%	7%	7%	SOSD Controllo di gestione

**B - Ricerca**

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
					responsabile	dirigenza	PO/Coordin.	comparto	
Mantenimento livelli di produzione scientifica	1. Impact factor grezzo frazionato 2017-2019 2. Numero delle pubblicazioni anni 2017-2019 (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura) 3. Numero pubblicazioni con I.F. ≥ 3 (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura)	1. > Impact factor grezzo frazionato 2016-2018 2. > numero pubblicazioni anni 2016-2018 3. Almeno 1	Ai primi due indicatori viene riconosciuta una franchigia del 20% entro la quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%. Al di sotto della franchigia l'obiettivo non è raggiunto. L'obiettivo viene considerato raggiunto se vengono raggiunti almeno due target		10%	10%			Biblioteca scientifica

**C - Progettualità regionali**

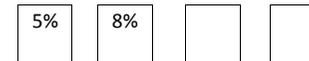
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
					responsabile	dirigenza	PO/Coordin.	comparto	

**Linea regionale 3.1.3 screening mammografico**  
**1. Garantire la corretta chiusura dell'esito dei casi di secondo livello dello screening mammografico nel G2 clinico**  
**2. ridurre i richiami intermedi (early recall) dopo approfondimento**

1. Percentuale di casi di secondo livello chiusi correttamente:  $\geq 95\%$   
 2. Casi con esito di secondo livello "sospeso"/totale dei casi chiusi dall'unità senologica:  $< 10$

**1. I risultati vengono valutati come segue:**  
 $\geq 95\% = 100\%$   
 $< 95\% = 0\%$   
**2. I risultati vengono valutati come segue**  
 valore  $< 10 = 100\%$   
 valore  $\geq 10 = 0\%$

L'obiettivo viene considerato raggiunto se vengono rispettati entrambi i target



SOSD Controllo di gestione

## E - Tempi di attesa

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
					responsabile	dirigenza	PO/Coordin.	comparto	
<b>Linea regionale 3.8.1</b> <b>Rispetto degli standard sui Tempi max di attesa per le prestazioni oggetto di monitoraggio regionale e ricoveri</b>	Prestazioni ambulatoriali: Indice di performance priorità B Indice di performance priorità D Indice di performance priorità P	<b>Prestazioni ambulatoriali:</b> <b>priorità B: &gt; 95%</b> <b>priorità D: &gt; 90%</b> <b>priorità P: &gt; 85%</b>	Le prestazioni oggetto di monitoraggio sono: - tac con e senza mdc: torace, addome superiore, inferiore e completo, capo, rachide e speco vertebrale, bacino - RMN cervello e tronco encefalico, pelvi, prostata e vescica, muscoloscheletrica, colonna vertebrale. - mammografia e ecografia mammella L'obiettivo verrà valutato sia per la parte regionale che extraregionale. L'obiettivo verrà valutato come media del raggiungimento dei diversi target.	<b>priorità B TAC: 70,00%</b> <b>priorità D TAC: 75,76%</b> <b>priorità B RMN: 43,59%</b> <b>priorità D RMN: 75,76%</b>	20%	20%			Rischio clinico

## F - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
					responsabile	dirigenza	PO/Coordin.	comparto	
<b>Attivazione Gruppi multidisciplinari e multiprofessionali</b>	1. Formalizzazione dei gruppi multidisciplinari 2. Avvio delle attività dei gruppi formalizzati dalla direzione e di competenza della struttura	<b>1. Entro il 30 settembre</b> <b>2. Evidenza della verbalizzazione degli incontri</b>	I risultati vengono valutati come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		3%	3%	3%	3%	Direzione medica di presidio
<b>Elaborazione dei documenti per l'individuazione e formalizzazione dei PDTAR in accordo con la direzione</b>	Formalizzazione dei PDTAR	<b>Almeno 2 entro il 31.12</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		3%	3%	3%	3%	Direzione medica di presidio
<b>Diffusione formale degli obiettivi di budget ai collaboratori</b>	Organizzazione di un incontro con tutti i collaboratori per la presentazione e condivisione degli obiettivi di budget 2019	<b>Trasmissione all'ufficio controllo di gestione del registro presenze entro il 30.04.2019</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		3%	3%	3%	3%	SOSD Controllo di gestione

<b>Ottimizzazione percorso di sorveglianza senologica nelle pazienti operate di eteroplasia mammaria</b>	Numero di pazienti arruolate	≥ 50	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	5%			SOC Radiologia Oncologica
<b>Avvio della metodica di radio embolizzazione con Y-90 (TARE) per il trattamento dei pazienti con tumori epatici primitivi e secondari</b>	Numero di pazienti arruolati	≥ 5	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	5%			SOC Radiologia Oncologica
<b>Percorso triple assessment</b>	Avvio del percorso	Entro ottobre	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	5%			SOC Chirurgia Oncologica del Seno

## G - Efficienza operativa e appropriatezza

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
					responsabile	dirigenza	PO/Coordin.	comparto	
<b>Igiene delle mani</b>	1. Quantità di soluzione idroalcolica consumata per 1000 giornate di degenza; 2. osservazionale sull'igiene delle mani: Infermieri e O.S.S. adesione ≥ 65% e tecnici ≥ 50%	<b>1. &gt; anno precedente (media 2017: ≥ 20/1000gg deg.)</b> <b>2. Tasso di adesione osservata Infermieri e O.S.S. ≥ 65% e tecnici ≥ 50%</b>	1. Report sui consumi 2. 100 osservazioni per il dipartimento a semestre. L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei due target				38%	38%	Direzione professioni sanitarie
<b>Applicazione dei Bundle per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza (documento regionale del 22.09.2016 e modifiche successive)</b>	Bundle inserimento catetere venoso periferico: Adesione a tutti 5 Item	<b>Bundle inserimento catetere venoso periferico: ≥ 90%</b>	L'obiettivo viene valutato come segue: ≥ 85,50% = 100% < 85,50% = 0%				40%	43%	Direzione professioni sanitarie

## H - Consumi prodotti sanitari

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
					responsabile	dirigenza	PO/Coordin.	comparto	

**Contenimento del consumo di prodotti sanitari**

Valore assegnato

≤ € 650.000

Il valore assegnato è stato assegnato tenendo conto dei vincoli regionali e dell'obiettivo assegnato all'incremento richiesto in termini di volumi di attività. Pertanto la valutazione del grado di raggiungimento sarà espressa come segue: a parità di prestazioni e loro tipologia rispetto all'anno precedente, il budget dei consumi per prodotti sanitari deve essere diminuito del 3% rispetto al 2018; l'incremento di attività potrà comportare un aumento del consumo di prodotti sanitari nel rispetto del vincolo regionale e proporzionale all'incremento dei volumi. Potranno essere valutati scostamenti minimi in termini di valore assoluto.

€ 579.457

10%

10%

SOSD Controllo di gestione

**I - Risorse**

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
					responsabile	dirigenza	PO/Coordin.	comparto	
<b>Gestire le ferie del personale della dirigenza</b>	Numero gg di ferie da fruire entro il 31/12/2019	<b>Numero di giorni da fruire calcolati secondo i criteri di valutazione riportati</b>	1. per coloro che hanno diritto al congedo supplementare per il rischio radiologico: 100% ferie anno corrente + festività soppresse; 2. per coloro che non hanno diritto al congedo supplementare per il rischio radiologico: - per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2019 ≥ al diritto ferie di un anno + festività soppresse : fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari al 100% del maturato di un anno + ulteriori 5 giorni; - per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2019 < del diritto ferie di un anno + festività soppresse: fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari al 100% del maturato di un anno. nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso. L'obiettivo verrà valutato complessivamente a livello di struttura operativa		3%				SOSD Controllo di gestione
<b>Gestire le ferie del personale del comparto del dipartimento</b>	Numero gg di ferie da fruire entro il 31/12/2019 da parte del personale di tutto il dipartimento	<b>Numero di giorni da fruire calcolati secondo i criteri di valutazione riportati</b>	1. per coloro che hanno diritto al congedo supplementare per il rischio radiologico: 100% ferie anno corrente + festività soppresse; 2. per coloro che non hanno diritto al congedo supplementare per il rischio radiologico: - per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2019 ≥ al diritto ferie di un anno + festività soppresse : fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari al 100% del maturato di un anno + ulteriori 5 giorni; - per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2019 < del diritto ferie di un anno + festività soppresse: fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari al 100% del maturato di un anno. nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso. L'obiettivo verrà valutato complessivamente a livello di struttura operativa				3%		SOSD Controllo di gestione

<b>Gestire l'attività di formazione</b>	Numero ore di formazione esterna	<b>Non superiore alle 2 ore settimana per dirigente dall'approvazione del regolamento</b>	Il risultato viene valutato a livello di struttura nel suo complesso. Il monitoraggio verrà effettuato dal sistema ascot-personale.	3%	3%			SOSI Gestione del Personale
<b>Contenimento delle ore di straordinario liquidabili del personale del comparto del dipartimento</b>	Numero di ore di straordinario liquidabili	<b>≤ n. ore: 997</b>	L'eccedenza oraria, comprese le ore liquidabili assegnate, deve essere governata durante l'anno dalle posizioni organizzative e dai coordinatori			3%	3%	SOSI Gestione del Personale
				100%	100%	100%	100%	

Gli obiettivi della posizione organizzativa e dei coordinatori sono valutati come media del raggiungimento totale riportato nelle singole schede di budget del dipartimento

Una percentuale dell'incremento di produttività, valutata tenendo conto delle risorse e delle potenzialità della struttura, potrà essere incentivata con lo strumento delle risorse aggiuntive regionali anziché con la retribuzione di risultato/produttività. Si rimanda pertanto a quanto sarà previsto negli accordi RAR.

SCHEDA DI BUDGET 2019 - SOC MEDICINA NUCLEARE - DIRIGENZA E COMPARTO

Si precisa che i pesi percentuali in termini di incentivazione sono assegnati secondo i seguenti criteri:

- 50% al rispetto dell'equilibrio di bilancio
- 50% distribuiti agli obiettivi presenti nella seguente scheda di budget

**A - Volumi di attività assistenziale**

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
					responsabile	dirigenza	PO/Coordin.	comparto	
Incremento attività PET/CT ambulatoriale totali	Numero di PET (incremento da 15 a 17 al giorno)	≥ 3.850	La percentuale di raggiungimento del target viene valutata come segue: ≥ 99% = 100% ≥ 97% e < 99% = in proporzione all'intervallo < 97% = 0%	numero di PET: 3.581	25%	25%	7%	7%	SOSD Controllo di gestione

**B - Ricerca**

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
					responsabile	dirigenza	PO/Coordin.	comparto	
Mantenimento livelli di produzione scientifica	1. Impact factor grezzo frazionato 2017-2019 2. Numero delle pubblicazioni anni 2017-2019 (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura) 3. Numero pubblicazioni con I.F. ≥ 3 (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura)	1. > Impact factor grezzo frazionato 2016-2018 2. > numero pubblicazioni anni 2016-2018 3. Almeno 1	Ai primi due indicatori viene riconosciuta una franchigia del 20% entro la quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%. Al di sotto della franchigia l'obiettivo non è raggiunto. L'obiettivo viene considerato raggiunto se vengono raggiunti almeno due target		10%	10%			Biblioteca scientifica

**E - Tempi di attesa**

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
					responsabile	dirigenza	PO/Coordin.	comparto	

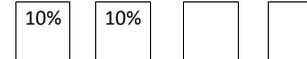
**Linea regionale 3.8.1**  
**Rispetto degli standard sui**  
**Tempi max di attesa per le**  
**prestazioni oggetto di**  
**monitoraggio regionale e**  
**ricoveri**

Prestazioni ambulatoriali:  
 Indice di performance priorità B  
 Indice di performance priorità D  
 Indice di performance priorità P

**Prestazioni ambulatoriali:**  
**priorità B: > 95%**  
**priorità D: > 90%**  
**priorità P: > 85%**

Le prestazioni oggetto di monitoraggio sono:  
 - eco capo collo, addome superiore, addome inferiore, addome completo.  
 L'obiettivo verrà valutato sia per la parte regionale che extraregionale.  
 L'obiettivo verrà valutato come media del raggiungimento dei diversi target.

**priorità B:**  
**47,50%** **priorità**  
**D: 44,16%**



Rischio clinico

## F - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
					responsabile	dirigenza	PO/Coordin.	comparto	
<b>Attivazione Gruppi multidisciplinari e multiprofessionali</b>	1. Formalizzazione dei gruppi multidisciplinari 2. Avvio delle attività dei gruppi formalizzati dalla direzione e di competenza della struttura	<b>1. Entro il 30 settembre</b> <b>2. Evidenza della verbalizzazione degli incontri</b>	I risultati vengono valutati come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		3%	3%	3%	3%	Direzione medica di presidio
<b>Elaborazione dei documenti per l'individuazione e formalizzazione dei PDTAR in accordo con la direzione</b>	Formalizzazione dei PDTAR	<b>Almeno 2 entro il 31.12</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		3%	3%	3%	3%	Direzione medica di presidio
<b>trasferimento della funzione di medicina nucleare dall'AAS5 al CRO</b>	Partecipazione attiva ai tavoli tecnici	<b>Evidenza della realizzazione dell'indicatore</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		15%	15%			Direzione medica di presidio
<b>Diffusione formale degli obiettivi di budget ai collaboratori</b>	Organizzazione di un incontro con tutti i collaboratori per la presentazione e condivisione degli obiettivi di budget 2019	<b>Trasmissione all'ufficio controllo di gestione del registro presenze entro il 30.04.2019</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		3%	3%	3%	3%	SOSD Controllo di gestione
<b>Attività di radiofarmacia</b>	Predisposizione di un documento per la richiesta in regione di utilizzo di ulteriori isotopi	<b>Invio del documento alla regione entro 31.12.2019</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		15%	18%			SOC Medicina nucleare

## G - Efficienza operativa e appropriatezza

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
					responsabile	dirigenza	PO/Coordin.	comparto	
<b>Igiene delle mani</b>	1. Quantità di soluzione idroalcolica consumata per 1000 giornate di degenza; 2. osservazionale sull'igiene delle mani: Infermieri e O.S.S. adesione ≥ 65% e tecnici ≥ 50%	<b>1. &gt; anno precedente (media 2017: ≥ 20/1000gg deg.)</b> <b>2. Tasso di adesione osservata Infermieri e O.S.S. ≥ 65% e tecnici ≥ 50%</b>	1. Report sui consumi 2. 100 osservazioni per il dipartimento a semestre. L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei due target				78%	81%	Direzione professioni sanitarie

## H - Consumi prodotti sanitari

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
					responsabile	dirigenza	PO/Coordin.	comparto	
Prodotti farmaceutici	Valore assegnato	<b>Incremento del 10% per i farmaci PET e mantenimento consumo 2018 per gli altri farmaci</b>	Il valore assegnato è stato assegnato tenendo conto dell'obiettivo assegnato all'incremento richiesto in termini di volumi di attività pet. Pertanto la valutazione del grado di raggiungimento sarà espressa come segue: a parità di prestazioni e loro tipologia rispetto all'anno precedente, il budget dei consumi per prodotti sanitari deve essere diminuito del 3% rispetto al 2018; l'incremento di attività potrà comportare un aumento del consumo di prodotti sanitari nel rispetto del vincolo regionale e proporzionale all'incremento dei volumi. Potranno essere valutati scostamenti minimi in termini di valore assoluto.	€ 1.267.752	10%	10%			SOSD Controllo di gestione

## I - Risorse

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
					responsabile	dirigenza	PO/Coordin.	comparto	
Gestire le ferie del personale della dirigenza	Numero gg di ferie da fruire entro il 31/12/2019	<b>Numero di giorni da fruire calcolati secondo i criteri di valutazione riportati</b>	<p>1. per coloro che hanno diritto al congedo supplementare per il rischio radiologico: 100% ferie anno corrente + festività soppresse;</p> <p>2. per coloro che non hanno diritto al congedo supplementare per il rischio radiologico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2019 ≥ al diritto ferie di un anno + festività soppresse : fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari al 100% del maturato di un anno + ulteriori 5 giorni;</li> <li>- per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2019 &lt; del diritto ferie di un anno + festività soppresse: fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari al 100% del maturato di un anno.</li> </ul> <p>nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso.</p> <p>L'obiettivo verrà valutato complessivamente a livello di struttura operativa</p>		3%				SOSD Controllo di gestione

<b>Gestire le ferie del personale del comparto del dipartimento</b>	Numero gg di ferie da fruire entro il 31/12/2019 da parte del personale di tutto il dipartimento	<b>Numero di giorni da fruire calcolati secondo i criteri di valutazione riportati</b>	<p>1. per coloro che hanno diritto al congedo supplementare per il rischio radiologico: 100% ferie anno corrente + festività soppresse;</p> <p>2. per coloro che non hanno diritto al congedo supplementare per il rischio radiologico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2019 ≥ al diritto ferie di un anno + festività soppresse : fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari al 100% del maturato di un anno + ulteriori 5 giorni;</li> <li>- per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2019 &lt; del diritto ferie di un anno + festività soppresse: fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari al 100% del maturato di un anno.</li> </ul> <p>nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso.</p> <p>L'obiettivo verrà valutato complessivamente a livello di struttura operativa</p>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text" value="3%"/> <input type="text"/>	SOSD Controllo di gestione
<b>Gestire l'attività di formazione</b>	Numero ore di formazione esterna	<b>Non superiore alle 2 ore settimana per dirigente dall'approvazione del regolamento</b>	Il risultato viene valutato a livello di struttura nel suo complesso. Il monitoraggio verrà effettuato dal sistema ascot-personale.	<input type="text" value="3%"/> <input type="text" value="3%"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	SOSI Gestione del Personale
<b>Contenimento delle ore di straordinario liquidabili del personale del comparto del dipartimento</b>	Numero di ore di straordinario liquidabili	<b>≤ n. ore: 997</b>	L'eccedenza oraria, comprese le ore liquidabili assegnate, deve essere governata durante l'anno dalle posizioni organizzative e dai coordinatori	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text" value="3%"/> <input type="text" value="3%"/>	SOSI Gestione del Personale
				<input type="text" value="100%"/> <input type="text" value="100%"/> <input type="text" value="100%"/> <input type="text" value="100%"/>	

Gli obiettivi della posizione organizzativa e dei coordinatori sono valutati come media del raggiungimento totale riportato nelle singole schede di budget del dipartimento

Una percentuale dell'incremento di produttività, valutata tenendo conto delle risorse e delle potenzialità della struttura, potrà essere incentivata con lo strumento delle risorse aggiuntive regionali anziché con la retribuzione di risultato/produttività. Si rimanda pertanto a quanto sarà previsto negli accordi RAR.

SCHEDA DI BUDGET 2019 - SOC FISICA SANITARIA - DIRIGENZA E COMPARTO

Si precisa che i pesi percentuali in termini di incentivazione sono assegnati secondo i seguenti criteri:

- 50% al rispetto dell'equilibrio di bilancio
- 50% distribuiti agli obiettivi presenti nella seguente scheda di budget

**A - Volumi di attività assistenziale**

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
					responsabile	dirigenza	PO/Coordin.	comparto	
Soddisfaccimento della domanda di prestazioni richieste dalla radioterapia	Evasione di tutte le richieste per interni e per esterni	Criticità segnalate dalla struttura richiedente: ≤ 2 (relazione del direttore della struttura di radioterapia)	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%.		20%	20%	20%	20%	SOC Oncologia Radioterapica

**B - Ricerca**

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
					responsabile	dirigenza	PO/Coordin.	comparto	
Mantenimento livelli di produzione scientifica	1. Impact factor grezzo frazionato 2017-2019 2. Numero delle pubblicazioni anni 2017-2019 (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura) 3. Numero pubblicazioni con I.F. ≥ 3 (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura)	1. > Impact factor grezzo frazionato 2016-2018 2. > numero pubblicazioni anni 2016-2018 3. Almeno 1	Ai primi due indicatori viene riconosciuta una franchigia del 20% entro la quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%. Al di sotto della franchigia l'obiettivo non è raggiunto. L'obiettivo viene considerato raggiunto se vengono raggiunti almeno due target		5%	5%			Biblioteca scientifica

**F - Progettualità aziendali**

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
					responsabile	dirigenza	PO/Coordin.	comparto	

<b>Garantire i controlli di qualità per le strutture di medicina nucleare, radiologia e radioterapia nel rispetto del D.Lgs. 187/2000 e del D. Lgs. 230/95</b>	Invio report controlli di qualità (fonte dati: Qualibus)	<b>Trasmissione al controllo di gestione dei report con cadenza quadrimestrale</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%.	40%	40%	20%	20%	SOC Fisica Sanitaria
<b>Attivazione Gruppi multidisciplinari e multiprofessionali</b>	1. Formalizzazione dei gruppi multidisciplinari 2. Avvio delle attività dei gruppi formalizzati dalla direzione e di competenza della struttura	<b>1. Entro il 30 settembre 2. Evidenza della verbalizzazione degli incontri</b>	I risultati vengono valutati come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	3%	3%	3%	3%	Direzione medica di presidio
<b>Elaborazione dei documenti per l'individuazione e formalizzazione dei PDTAR in accordo con la direzione</b>	Formalizzazione dei PDTAR	<b>Almeno 2 entro il 31.12</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	3%	3%	3%	3%	Direzione medica di presidio
<b>Diffusione formale degli obiettivi di budget ai collaboratori</b>	Organizzazione di un incontro con tutti i collaboratori per la presentazione e condivisione degli obiettivi di budget 2019	<b>Trasmissione all'ufficio controllo di gestione del registro presenze entro il 30.04.2019</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	3%	3%	3%	3%	SOSD Controllo di gestione
<b>Attività di radiofarmacia</b>	Predisposizione di un documento per la richiesta in regione di utilizzo di ulteriori isotopi	<b>Invio del documento alla regione entro 31.12.2019</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	20%	23%			SOC Medicina nucleare

## G - Efficienza operativa e appropriatezza

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
					responsabile	dirigenza	PO/Coordin.	comparto	
<b>Igiene delle mani</b>	1. Quantità di soluzione idroalcolica consumata per 1000 giornate di degenza; 2. Osservazionale sull'igiene delle mani: tecnici adesione ≥ 50%	<b>1. &gt; anno precedente (media 2017: ≥ 20/1000gg deg.) 2. Tasso di adesione osservata tecnici ≥ 50 %</b>	1. Report sui consumi 2. 100 osservazioni per il dipartimento a semestre. L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei due target				45%	48%	Direzione professioni sanitarie

## I - Risorse

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
					responsabile	dirigenza	PO/Coordin.	comparto	

<b>Gestire le ferie del personale della dirigenza</b>	Numero gg di ferie da fruire entro il 31/12/2019	<b>Numero di giorni da fruire calcolati secondo i criteri di valutazione riportati</b>	1. per coloro che hanno diritto al congedo supplementare per il rischio radiologico: 100% ferie anno corrente + festività sopresse; 2. per coloro che non hanno diritto al congedo supplementare per il rischio radiologico: - per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2019 ≥ al diritto ferie di un anno + festività sopresse : fruire di un numero di giorni di ferie e festività sopresse pari al 100% del maturato di un anno + ulteriori 5 giorni; - per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2019 < del diritto ferie di un anno + festività sopresse: fruire di un numero di giorni di ferie e festività sopresse pari al 100% del maturato di un anno. nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso. L'obiettivo verrà valutato complessivamente a livello di struttura operativa	<input type="text" value="3%"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	SOSD Controllo di gestione
<b>Gestire le ferie del personale del comparto del dipartimento</b>	Numero gg di ferie da fruire entro il 31/12/2019 da parte del personale di tutto il dipartimento	<b>Numero di giorni da fruire calcolati secondo i criteri di valutazione riportati</b>	1. per coloro che hanno diritto al congedo supplementare per il rischio radiologico: 100% ferie anno corrente + festività sopresse; 2. per coloro che non hanno diritto al congedo supplementare per il rischio radiologico: - per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2019 ≥ al diritto ferie di un anno + festività sopresse : fruire di un numero di giorni di ferie e festività sopresse pari al 100% del maturato di un anno + ulteriori 5 giorni; - per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2019 < del diritto ferie di un anno + festività sopresse: fruire di un numero di giorni di ferie e festività sopresse pari al 100% del maturato di un anno. nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso. L'obiettivo verrà valutato complessivamente a livello di struttura operativa	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text" value="3%"/> <input type="text"/>	SOSD Controllo di gestione
<b>Gestire l'attività di formazione</b>	Numero ore di formazione esterna	<b>Non superiore alle 2 ore settimana per dirigente dall'approvazione del regolamento</b>	Il risultato viene valutato a livello di struttura nel suo complesso. Il monitoraggio verrà effettuato dal sistema ascot-personale.	<input type="text" value="3%"/> <input type="text" value="3%"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	SOSI Gestione del Personale
<b>Contenimento delle ore di straordinario liquidabili del personale del comparto del dipartimento</b>	Numero di ore di straordinario liquidabili	<b>≤ n. ore: 997</b>	L'eccedenza oraria, comprese le ore liquidabili assegnate, deve essere governata durante l'anno dalle posizioni organizzative e dai coordinatori	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text" value="3%"/> <input type="text" value="3%"/>	SOSI Gestione del Personale
				<input type="text" value="100%"/> <input type="text" value="100%"/> <input type="text" value="100%"/> <input type="text" value="100%"/>	

Gli obiettivi della posizione organizzativa e dei coordinatori sono valutati come media del raggiungimento totale riportato nelle singole schede di budget del dipartimento

Una percentuale dell'incremento di produttività, valutata tenendo conto delle risorse e delle potenzialità della struttura, potrà essere incentivata con lo strumento delle risorse aggiuntive regionali anziché con la retribuzione di risultato/produttività. Si rimanda pertanto a quanto sarà previsto negli accordi RAR.

**SCHEDA DI BUDGET 2019 - SOC ONCOLOGIA RADIOTERAPICA - DIRIGENZA E COMPARTO**

Si precisa che i pesi percentuali in termini di incentivazione sono assegnati secondo i seguenti criteri:

- 50% al rispetto dell'equilibrio di bilancio
- 50% distribuiti agli obiettivi presenti nella seguente scheda di budget

**A - Volumi di attività assistenziale**

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
					responsabile	dirigenza	PO/Coordin.	comparto	
<b>Aumento quali-quantitativo dell'attività di radioterapia: attivare un doppio turno su un acceleratore CRO e un turno allungato a PN</b>	Numero pazienti trattati complessivamente a partire dal mese di maggio	<b>Incremento ≥ 42 pazienti con un incremento del valore di circa € 520.000</b>	L'obiettivo viene valutato come segue: ≥ 42 pazienti = 100% < 42 pazienti = 0%. L'obiettivo verrà valutato tenendo conto del momento di acquisizione delle risorse negoziate	numero pazienti totali: 2.348	20%	20%	5%	5%	SOC Oncologia Radioterapica
<b>Attività di tomoterapia: turno allungato di 3 ore al giorno a partire da maggio</b>	numero di tomoterapie	<b>mantenimento volumi 2018</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	3.747	20%	20%	2%	2%	SOSD Controllo di gestione

**B - Ricerca**

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
					responsabile	dirigenza	PO/Coordin.	comparto	
<b>Mantenimento livelli di produzione scientifica</b>	1. Impact factor grezzo frazionato 2017-2019 2. Numero delle pubblicazioni anni 2017-2019 (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura) 3. Numero pubblicazioni con I.F. ≥ 3 (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura)	<b>1. &gt; Impact factor grezzo frazionato 2016-2018</b> <b>2. &gt; numero pubblicazioni anni 2016-2018</b> <b>3. Almeno 1</b>	Ai primi due indicatori viene riconosciuta una franchigia del 20% entro la quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%. Al di sotto della franchigia l'obiettivo non è raggiunto. L'obiettivo viene considerato raggiunto se vengono raggiunti almeno due target		10%	10%			Biblioteca scientifica

**C - Progettualità regionali**

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
					responsabile	dirigenza	PO/Coordin.	comparto	

<b>Linea regionale 3.8.3</b> <b>Rapporto con pazienti e familiari nelle attività di ricovero</b>	Ogni paziente ricoverato in ospedale deve ricevere l'informazione di chi è il medico responsabile della gestione del proprio caso	<b>Raccolta e trasmissione mensile dei dati alla direzione sanitaria</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		3%	3%			Direzione professioni sanitarie
<b>Linea regionale 4. Il sistema informativo: implementazione della firma digitale nei documenti del G2 clinico</b>	1. % referti ambulatoriali per interni ed esterni firmati digitalmente 2. % lettere di dimissione firmate digitalmente	<b>1. ≥ risultato 2018</b> <b>2. &gt; 98%</b>	I risultati vengono valutati come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%. L'obiettivo viene considerato raggiunto se vengono raggiunti entrambi i target	<b>87,39%</b>	3%	3%			Rischio clinico
<b>Linea regionale 3.8.2. Innovazione nella gestione delle terapie</b>	1. Valutazione di eventuali innovazioni nella gestione delle terapie 2. Avvio di eventuali nuovi setting	<b>1. Entro il primo semestre</b> <b>2. Entro il secondo semestre</b>	I risultati vengono valutati come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		3%	3%			Direzione medica di presidio

## E - Tempi di attesa

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
					responsabile	dirigenza	PO/Coordin.	comparto	
<b>Linea regionale 3.8.1</b> <b>Rispetto dei tempi di attesa</b>	Tempo di attesa (intervallo tra fine contouring ed inizio trattamento)	<b>Almeno 90% entro 30 gg per le patologie capo collo, gastrointestinali e cerebrali</b>	La percentuale di raggiungimento del target viene valutata come segue: ≥ 87,30 % = 100% ≥ 85,50% e < 87,30% = in proporzione all'intervallo < 85,50% = 0%	<b>82,04%</b>	13%	16%			SOC Oncologia Radioterapica

## F - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
					responsabile	dirigenza	PO/Coordin.	comparto	
<b>Attivazione Gruppi multidisciplinari e multiprofessionali</b>	1. Formalizzazione dei gruppi multidisciplinari 2. Avvio delle attività dei gruppi formalizzati dalla direzione e di competenza della struttura	<b>1. Entro il 30 settembre</b> <b>2. Evidenza della verbalizzazione degli incontri</b>	I risultati vengono valutati come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		3%	3%	3%	3%	Direzione medica di presidio
<b>Elaborazione dei documenti per l'individuazione e formalizzazione dei PDTAR in accordo con la direzione</b>	Formalizzazione dei PDTAR	<b>Almeno 2 entro il 31.12</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		3%	3%	3%	3%	Direzione medica di presidio
<b>Diffusione formale degli obiettivi di budget ai collaboratori</b>	Organizzazione di un incontro con tutti i collaboratori per la presentazione e condivisione degli obiettivi di budget 2019	<b>Trasmissione all'ufficio controllo di gestione del registro presenze entro il 30.04.2019</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		3%	3%	3%	3%	SOSD Controllo di gestione

## G - Efficienza operativa e appropriatezza

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
					responsabile	dirigenza	PO/Coordin.	comparto	
Accurata completezza SDO	Partecipazione al corso organizzato dalla direzione	Evidenza della partecipazione al corso da parte di 2 dirigenti medici della struttura	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si = 100% se il risultato è no = 0%		3%	3%			Direzione medica di presidio
Igiene delle mani	1. Quantità di soluzione idroalcolica consumata per 1000 giornate di degenza; 2. osservazionale sull'igiene delle mani: Infermieri e O.S.S. adesione ≥ 65% e tecnici ≥ 50%	1. > anno precedente (media 2017: ≥ 20/1000gg deg.) 2. Tasso di adesione osservata Infermieri e O.S.S. ≥ 65% e tecnici ≥ 50%	1. Report sui consumi 2. 100 osservazioni per il dipartimento a semestre. L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei due target				40%	43%	Direzione professioni sanitarie
Applicazione dei Bundle per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza (documento regionale del 22.09.2016 e modifiche successive)	Bundle inserimento catetere venoso periferico: Adesione a tutti 5 Item	Bundle inserimento catetere venoso periferico: ≥ 90%	L'obiettivo viene valutato come segue: ≥ 85,50% = 100% < 85,50% = 0%				38%	38%	Direzione professioni sanitarie

## H - Consumi prodotti sanitari

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
					responsabile	dirigenza	PO/Coordin.	comparto	
Contenimento del consumo dei prodotti farmaceutici (ospedalieri e diretta)	1. Valore assegnato	1. ≤ valore 2018+2%	L'obiettivo viene valutato come segue: ≤ 1.340.000 = 100% > 1.340.000 = 0% L'obiettivo è correlato ai volumi di attività assegnati a budget. Potranno essere valutati eventuali scostamenti minimi in termini di valore assoluto.	€ 1.299.863	10%	10%			SOSD Controllo di gestione

## I - Risorse

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
					responsabile	dirigenza	PO/Coordin.	comparto	

<b>Gestire le ferie del personale della dirigenza</b>	Numero gg di ferie da fruire entro il 31/12/2019	<b>Numero di giorni da fruire calcolati secondo i criteri di valutazione riportati</b>	1. per coloro che hanno diritto al congedo supplementare per il rischio radiologico: 100% ferie anno corrente + festività soppresse; 2. per coloro che non hanno diritto al congedo supplementare per il rischio radiologico: - per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2019 ≥ al diritto ferie di un anno + festività soppresse : fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari al 100% del maturato di un anno + ulteriori 5 giorni; - per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2019 < del diritto ferie di un anno + festività soppresse: fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari al 100% del maturato di un anno. nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso. L'obiettivo verrà valutato complessivamente a livello di struttura operativa	<input type="text" value="3%"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	SOSD Controllo di gestione
<b>Gestire le ferie del personale del comparto del dipartimento</b>	Numero gg di ferie da fruire entro il 31/12/2019 da parte del personale di tutto il dipartimento	<b>Numero di giorni da fruire calcolati secondo i criteri di valutazione riportati</b>	1. per coloro che hanno diritto al congedo supplementare per il rischio radiologico: 100% ferie anno corrente + festività soppresse; 2. per coloro che non hanno diritto al congedo supplementare per il rischio radiologico: - per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2019 ≥ al diritto ferie di un anno + festività soppresse : fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari al 100% del maturato di un anno + ulteriori 5 giorni; - per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2019 < del diritto ferie di un anno + festività soppresse: fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari al 100% del maturato di un anno. nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso. L'obiettivo verrà valutato complessivamente a livello di struttura operativa	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text" value="3%"/> <input type="text"/>	SOSD Controllo di gestione
<b>Gestire l'attività di formazione</b>	Numero ore di formazione esterna	<b>Non superiore alle 2 ore settimana per dirigente dall'approvazione del regolamento</b>	Il risultato viene valutato a livello di struttura nel suo complesso. Il monitoraggio verrà effettuato dal sistema ascot-personale.	<input type="text" value="3%"/> <input type="text" value="3%"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	SOSI Gestione del Personale
<b>Contenimento delle ore di straordinario liquidabili del personale del comparto del dipartimento</b>	Numero di ore di straordinario liquidabili	<b>≤ n. ore: 997</b>	L'eccedenza oraria, comprese le ore liquidabili assegnate, deve essere governata durante l'anno dalle posizioni organizzative e dai coordinatori	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text" value="3%"/> <input type="text" value="3%"/>	SOSI Gestione del Personale
				<input type="text" value="100%"/> <input type="text" value="100%"/> <input type="text" value="100%"/> <input type="text" value="100%"/>	

Gli obiettivi della posizione organizzativa e dei coordinatori sono valutati come media del raggiungimento totale riportato nelle singole schede di budget del dipartimento

Una percentuale dell'incremento di produttività, valutata tenendo conto delle risorse e delle potenzialità della struttura, potrà essere incentivata con lo strumento delle risorse aggiuntive regionali anziché con la retribuzione di risultato/produttività. Si rimanda pertanto a quanto sarà previsto negli accordi RAR.

SCHEDA DI BUDGET 2019 - SOSD AREA DI ONCOLOGIA INTEGRATA PER ADOLESCENTI E GIOVANI ADULTI - DIRIGENZA

Si precisa che i pesi percentuali in termini di incentivazione sono assegnati secondo i seguenti criteri:

- 50% al rispetto dell'equilibrio di bilancio
- 50% distribuiti agli obiettivi presenti nella seguente scheda di budget

**A - Volumi di attività assistenziale**

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE responsabile	RESPONSABILE DEL DATO
Incremento attività di ricovero ordinario e DH	1. Numero dimessi ordinari 2. Numero dimessi DH	1. $\geq 80$ 2. $\geq 65$	La percentuale di raggiungimento del target viene valutata come segue: $\geq 97\% = 100\%$ $\geq 95\% \text{ e } < 97\% = \text{in proporzione all'intervallo}$ $< 95\% = 0\%$ L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei singoli target.	1. ordinari: 73 2. DH: 29	23%	SOSD Controllo di gestione

**B - Ricerca**

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE responsabile	RESPONSABILE DEL DATO
Mantenimento livelli di produzione scientifica	1. Impact factor grezzo frazionato 2017-2019 2. Numero delle pubblicazioni anni 2017-2019 (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura) 3. Numero pubblicazioni con I.F. $\geq 3$ (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura)	1. <b>&gt; Impact factor grezzo frazionato 2016-2018</b> 2. <b>&gt; numero pubblicazioni anni 2016-2018</b> 3. <b>Almeno 1</b>	Ai primi due indicatori viene riconosciuta una franchigia del 20% entro la quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%. Al di sotto della franchigia l'obiettivo non è raggiunto. L'obiettivo viene considerato raggiunto se vengono raggiunti almeno due target		10%	Biblioteca scientifica

**C - Progettualità regionali**

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE responsabile	RESPONSABILE DEL DATO

<b>Linea regionale 3.8.3</b> <b>Rapporto con pazienti e familiari nelle attività di ricovero</b>	1. Ogni paziente ricoverato in ospedale deve ricevere l'informazione di chi è il medico responsabile della gestione del proprio caso 2. Presenza del care giver in corso di visita nei reparti di degenza per pazienti che abbisognano di un supporto	<b>Raccolta e trasmissione mensile dei dati alla direzione sanitaria</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		3%	Direzione medica di presidio
-----------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------	--	----	------------------------------

<b>Linea regionale 4. Il sistema informativo: implementazione della firma digitale nei documenti del G2 clinico</b>	1. % referti ambulatoriali per interni ed esterni firmati digitalmente 2. % lettere di dimissione firmate digitalmente	<b>1. &gt; 95%</b> <b>2. &gt; 98%</b>	I risultati vengono valutati come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%. L'obiettivo viene considerato raggiunto se vengono raggiunti entrambi i target	55,92%	3%	SOSD Controllo di gestione
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------	----	----------------------------

<b>Linea regionale 3.1.16. Comunicazione del rischio e gestione delle emergenze (Programma XIV PRP): partecipazione al corso sull'antimicrobial stewardship</b>	% di partecipazione al corso aziendale da parte del personale dirigente	<b>Almeno il 30% di medici prescrittori formati</b>	L'obiettivo viene considerato raggiunto anche se il valore registrato è ≥ 25%.		3%	Direzione medica di presidio
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------	--	----	------------------------------

## F - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE responsabile	RESPONSABILE DEL DATO
<b>Protocollo internazionale no profit Euro Net-PHLC2 di cui il CRO è sede di coordinamento per l'Italia</b>	Numero di pazienti (arruolamento e coordinamento dei 32 centri)	≥ 80	L'obiettivo viene valutato come segue: ≥ 72 pazienti = 100% < 72 pazienti = 0%		30%	SOSD Area di Oncologia integrata per adolescenti e giovani adulti
<b>Attivazione Gruppi multidisciplinari e multiprofessionali</b>	1. Formalizzazione dei gruppi multidisciplinari 2. Avvio delle attività dei gruppi formalizzati dalla direzione e di competenza della struttura	<b>1. Entro il 30 settembre</b> <b>2. Evidenza della verbalizzazione degli incontri</b>	I risultati vengono valutati come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		3%	Direzione medica di presidio
<b>Elaborazione dei documenti per l'individuazione e formalizzazione dei PDTAR in accordo con la direzione</b>	Formalizzazione dei PDTAR	<b>Almeno 2 entro il 31.12</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		3%	Direzione medica di presidio
<b>Diffusione formale degli obiettivi di budget ai collaboratori</b>	Organizzazione di un incontro con tutti i collaboratori per la presentazione e condivisione degli obiettivi di budget 2019	<b>Trasmissione all'ufficio controllo di gestione del registro presenze entro il 30.04.2019</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		3%	SOSD Controllo di gestione

## G - Efficienza operativa e appropriatezza

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE responsabile	RESPONSABILE DEL DATO
Accurata completezza SDO	Partecipazione al corso organizzato dalla direzione	Evidenza della partecipazione al corso da parte di tutti i medici della struttura	I risultati vengono valutati come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		3%	CAF
Appropriatezza del setting assistenziale dei ricoveri	2 monitoraggi semestrali con criteri di campionatura usati per il monitoraggio regionale	≥ 95%	L'obiettivo viene valutato come segue: ≥ 90,25% = 100% < 90,25% = 0%		3%	Direzione medica di presidio

## H - Consumi prodotti sanitari

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE responsabile	RESPONSABILE DEL DATO
Contenimento del consumo dei prodotti farmaceutici (ospedalieri e diretta)	Valore assegnato	≤ valore 2018+6%	Il target viene valutato come segue: ≤ 91.470 = 100% > 91.470 = 0% L'obiettivo è correlato ai volumi di attività assegnati a budget. Potranno essere valutati eventuali scostamenti minimi in termini di valore assoluto.	€ 85.432	10%	SOSD Controllo di gestione

## I - Risorse

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE responsabile	RESPONSABILE DEL DATO
Gestire l'attività di formazione	Numero ore di formazione esterna	Non superiore alle 2 ore settimana per dirigente dall'approvazione del regolamento	Il risultato viene valutato a livello di struttura nel suo complesso. Il monitoraggio verrà effettuato dal sistema ascot-personale.		3%	SOSI Gestione del Personale
					100%	

Una percentuale dell'incremento di produttività, valutata tenendo conto delle risorse e delle potenzialità della struttura, potrà essere incentivata con lo strumento delle risorse aggiuntive regionali anziché con la retribuzione di risultato/produttività. Si rimanda pertanto a quanto sarà previsto negli accordi RAR.

**SCHEDA DI BUDGET 2019 - SOC ONCOGENETICA E ONCOGENOMICA FUNZIONALE - DIRIGENZA E COMPARTO**

Si precisa che i pesi percentuali in termini di incentivazione sono assegnati secondo i seguenti criteri:

- 50% al rispetto dell'equilibrio di bilancio
- 50% distribuiti agli obiettivi presenti nella seguente scheda di budget

**A - Volumi di attività assistenziale**

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
					responsabile	dirigenza	PO/Coordin.	comparto	
Supporto allo sviluppo dell'ambulatorio di consulenza genetica	Evasione delle richieste pervenute	Realizzazione indicatore	Relazione direttore di struttura	6.149	15%	18%	7%	7%	SOC Oncogenetica e Oncogenomica Funzionale

**B - Ricerca**

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
					responsabile	dirigenza	PO/Coordin.	comparto	
Mantenimento livelli di produzione scientifica	1. Impact factor grezzo frazionato 2017-2019 2. Numero delle pubblicazioni anni 2017-2019 (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura) 3. Numero pubblicazioni con I.F. ≥ 6 (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura)	1. > Impact factor grezzo frazionato 2016-2018 2. > Numero pubblicazioni anni 2016-2018 3. Almeno 1	Ai primi due indicatori viene riconosciuta una franchigia del 10% entro la quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%. Al di sotto della franchigia l'obiettivo non è raggiunto. L'obiettivo viene considerato raggiunto se vengono raggiunti almeno due target		60%	60%			Biblioteca scientifica
contributo al mantenimento livelli di produzione scientifica	1. impact factor grezzo frazionato 2017-2019 2. Numero delle pubblicazioni anni 2017-2019 (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura)	1. > impact factor grezzo frazionato 2016-2018 delle strutture di ricerca del dipartimento 2. Numero delle pubblicazioni anni 2017-2019 (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura)	Ai due indicatori viene riconosciuta una franchigia del 10% entro la quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%. Al di sotto della franchigia l'obiettivo non è raggiunto. L'obiettivo viene considerato raggiunto se vengono raggiunti almeno un target				20%	20%	Biblioteca scientifica

## F - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
					responsabile	dirigenza	PO/Coordin.	comparto	
Attivazione Gruppi multidisciplinari e multiprofessionali	1. Formalizzazione dei gruppi multidisciplinari 2. Avvio delle attività dei gruppi formalizzati dalla direzione e di competenza della struttura	1. Entro il 30 settembre 2. Evidenza della verbalizzazione degli incontri	I risultati vengono valutati come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		3%	3%	3%	3%	Direzione medica di presidio
Elaborazione dei documenti per l'individuazione e formalizzazione dei PDTAR in accordo con la direzione	Formalizzazione dei PDTAR	Almeno 2 entro il 31.12	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		3%	3%	3%	3%	Direzione medica di presidio
Diffusione formale degli obiettivi di budget ai collaboratori	Organizzazione di un incontro con tutti i collaboratori per la presentazione e condivisione degli obiettivi di budget 2019	Trasmissione all'ufficio controllo di gestione del registro presenze entro il 30.04.2019	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		3%	3%	3%	3%	SOSD Controllo di gestione

## G - Efficienza operativa e appropriatezza

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
					responsabile	dirigenza	PO/Coordin.	comparto	
Procedura sull'utilizzo dei guanti	1. Predisposizione procedura e relativa formazione 2. Osservazione utilizzo guanti a partire dal II semestre	1. Entro il primo semestre 2. Adesione al corretto utilizzo dei guanti $\geq 95\%$	I risultati dei singoli target 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 singoli target.				58%	61%	Direzione professioni sanitarie

## H - Consumi prodotti sanitari

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
					responsabile	dirigenza	PO/Coordin.	comparto	
Contenimento consumi prodotti sanitari	Valore assegnato	Valore istituzionale: 2018 Valore ricerca corrente: 2018	Il valore assegnato è rappresentato dal consumo 2018. Potranno essere valutati scostamenti minimi in termini di valore assoluto.		10%	10%			SOSD Controllo di gestione

## I - Risorse

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
					responsabile	dirigenza	PO/Coordin.	comparto	

<b>Gestire le ferie del personale della dirigenza</b>	Numero gg di ferie da fruire entro il 31/12/2019	<b>Numero di giorni da fruire calcolati secondo i criteri di valutazione riportati</b>	1. per coloro che hanno diritto al congedo supplementare per il rischio radiologico: 100% ferie anno corrente + festività soppresse; 2. per coloro che non hanno diritto al congedo supplementare per il rischio radiologico: - per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2019 ≥ al diritto ferie di un anno + festività soppresse : fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari al 100% del maturato di un anno + ulteriori 5 giorni; - per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2019 < del diritto ferie di un anno + festività soppresse: fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari al 100% del maturato di un anno. nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso. L'obiettivo verrà valutato complessivamente a livello di struttura operativa	<input type="text" value="3%"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	SOSD Controllo di gestione
<b>Gestire le ferie del personale del comparto del dipartimento</b>	Numero gg di ferie da fruire entro il 31/12/2019 da parte del personale di tutto il dipartimento	<b>Numero di giorni da fruire calcolati secondo i criteri di valutazione riportati</b>	1. per coloro che hanno diritto al congedo supplementare per il rischio radiologico: 100% ferie anno corrente + festività soppresse; 2. per coloro che non hanno diritto al congedo supplementare per il rischio radiologico: - per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2019 ≥ al diritto ferie di un anno + festività soppresse : fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari al 100% del maturato di un anno + ulteriori 5 giorni; - per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2019 < del diritto ferie di un anno + festività soppresse: fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari al 100% del maturato di un anno. nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso. L'obiettivo verrà valutato complessivamente a livello di struttura operativa	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text" value="3%"/> <input type="text"/>	SOSD Controllo di gestione
<b>Gestire l'attività di formazione</b>	Numero ore di formazione esterna	<b>Non superiore alle 2 ore settimana per dirigente dall'approvazione del regolamento</b>	Il risultato viene valutato a livello di struttura nel suo complesso. Il monitoraggio verrà effettuato dal sistema ascot-personale.	<input type="text" value="3%"/> <input type="text" value="3%"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	SOSI Gestione del Personale
<b>Contenimento delle ore di straordinario liquidabili del personale del comparto del dipartimento</b>	Numero di ore di straordinario liquidabili	<b>≤ n. ore: 1.141</b>	L'eccedenza oraria, comprese le ore liquidabili assegnate, deve essere governata durante l'anno dalle posizioni organizzative e dai coordinatori	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text" value="3%"/> <input type="text" value="3%"/>	SOSI Gestione del Personale
				<input type="text" value="100%"/> <input type="text" value="100%"/> <input type="text" value="100%"/> <input type="text" value="100%"/>	

Gli obiettivi della posizione organizzativa e dei coordinatori sono valutati come media del raggiungimento totale riportato nelle singole schede di budget del dipartimento

Una percentuale dell'incremento di produttività, valutata tenendo conto delle risorse e delle potenzialità della struttura, potrà essere incentivata con lo strumento delle risorse aggiuntive regionali anziché con la retribuzione di risultato/produttività. Si rimanda pertanto a quanto sarà previsto negli accordi RAR.

SCHEDA DI BUDGET 2019 - SOC ONCOLOGIA MOLECOLARE E MODELLI PRECLINICI DI PROGRESSIONE TUMORALE - DIRIGENZA E COMPARTO

Si precisa che i pesi percentuali in termini di incentivazione sono assegnati secondo i seguenti criteri:

- 50% al rispetto dell'equilibrio di bilancio
- 50% distribuiti agli obiettivi presenti nella seguente scheda di budget

**A - Volumi di attività assistenziale**

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
					responsabile	dirigenza	PO/Coordin.	comparto	
Offerta di nuovi test diagnostici	Inserimento nuovi test	Evidenza delle attività	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		7%	10%	7%	7%	SOC Oncologia molecolare e modelli preclinici di progressione tumorale

**B - Ricerca**

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
					responsabile	dirigenza	PO/Coordin.	comparto	
Mantenimento livelli di produzione scientifica	1. Impact factor grezzo frazionato 2017-2019 2. Numero delle pubblicazioni anni 2017-2019 (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura) 3. Numero pubblicazioni con I.F. ≥ 6 (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura)	1. > Impact factor grezzo frazionato 2016-2018 2. > Numero pubblicazioni anni 2016-2018 3. Almeno 3	Ai primi due indicatori viene riconosciuta una franchigia del 10% entro la quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%. Al di sotto della franchigia l'obiettivo non è raggiunto. L'obiettivo viene considerato raggiunto se vengono raggiunti almeno due target		60%	60%			Biblioteca scientifica
contributo al mantenimento livelli di produzione scientifica	1. impact factor grezzo frazionato 2017-2019 2. Numero delle pubblicazioni anni 2017-2019 (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura)	1. > impact factor grezzo frazionato 2016-2018 delle strutture di ricerca del dipartimento 2. Numero delle pubblicazioni anni 2017-2019 (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura)	Ai due indicatori viene riconosciuta una franchigia del 10% entro la quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%. Al di sotto della franchigia l'obiettivo non è raggiunto. L'obiettivo viene considerato raggiunto se vengono raggiunti almeno un target				20%	20%	Biblioteca scientifica

## F - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
					responsabile	dirigenza	PO/Coordin.	comparto	
Integrazione funzioni di medicina di laboratorio e medicina trasfusionale tra AAS5 e CRO	Partecipazione agli incontri del gruppo di lavoro	<b>Monitoraggio e aggiornamento, per la parte di propria competenza, degli accordi approvati con delibera del direttore generale n. 103 del 16.04.2014 (medicina trasfusionale) e n. 158 del 11.05.2017 (integrazione funzione dei laboratori)</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		8%	8%			Direzione medica di presidio
Attivazione Gruppi multidisciplinari e multiprofessionali	1. Formalizzazione dei gruppi multidisciplinari 2. Avvio delle attività dei gruppi formalizzati dalla direzione e di competenza della struttura	<b>1. Entro il 30 settembre 2. Evidenza della verbalizzazione degli incontri</b>	I risultati vengono valutati come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		3%	3%	3%	3%	Direzione medica di presidio
Elaborazione dei documenti per l'individuazione e formalizzazione dei PDTAR in accordo con la direzione	Formalizzazione dei PDTAR	<b>Almeno 2 entro il 31.12</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		3%	3%	3%	3%	Direzione medica di presidio
Diffusione formale degli obiettivi di budget ai collaboratori	Organizzazione di un incontro con tutti i collaboratori per la presentazione e condivisione degli obiettivi di budget 2019	<b>Trasmissione all'ufficio controllo di gestione del registro presenze entro il 30.04.2019</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		3%	3%	3%	3%	SOSD Controllo di gestione

## G - Efficienza operativa e appropriatezza

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
					responsabile	dirigenza	PO/Coordin.	comparto	
Procedura sull'utilizzo dei guanti	1. Predisposizione procedura e relativa formazione 2. Osservazione utilizzo guanti a partire dal II semestre	<b>1. Entro il primo semestre 2. Adesione al corretto utilizzo dei guanti ≥ 95%</b>	I risultati dei singoli target 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 singoli target.				58%	61%	Direzione professioni sanitarie

## H - Consumi prodotti sanitari

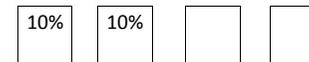
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
					responsabile	dirigenza	PO/Coordin.	comparto	

**Contenimento consumi prodotti sanitari**

Valore assegnato

**Valore istituzionale: 2018-3%**  
**Valore ricerca corrente: 2018-3%**

Il valore del target dei fondi istituzionali è stato determinato tenendo conto dei vincoli regionali. Pertanto la valutazione del grado di raggiungimento sarà espressa come segue: a parità di prestazioni e loro tipologia rispetto all'anno precedente, il budget dei consumi per prodotti sanitari deve essere diminuito del 3% rispetto al 2018; l'incremento di attività potrà comportare un aumento del consumo di prodotti sanitari nel rispetto del vincolo regionale e proporzionale all'incremento dei volumi. Il valore del target della ricerca corrente è calcolato tenendo conto del vincolo di riduzione regionale. Potranno essere valutati eventuali scostamenti minimi in termini di valore assoluto.



SOSD Controllo di gestione

**I - Risorse**

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
					responsabile	dirigenza	PO/Coordin.	comparto	
Gestire le ferie del personale della dirigenza	Numero gg di ferie da fruire entro il 31/12/2019	Numero di giorni da fruire calcolati secondo i criteri di valutazione riportati	1. per coloro che hanno diritto al congedo supplementare per il rischio radiologico: 100% ferie anno corrente + festività soppresse; 2. per coloro che non hanno diritto al congedo supplementare per il rischio radiologico: - per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2019 ≥ al diritto ferie di un anno + festività soppresse : fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari al 100% del maturato di un anno + ulteriori 5 giorni; - per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2019 < del diritto ferie di un anno + festività soppresse: fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari al 100% del maturato di un anno. nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso. L'obiettivo verrà valutato complessivamente a livello di struttura operativa	3%					SOSD Controllo di gestione

<b>Gestire le ferie del personale del comparto del dipartimento</b>	Numero gg di ferie da fruire entro il 31/12/2019 da parte del personale di tutto il dipartimento	<b>Numero di giorni da fruire calcolati secondo i criteri di valutazione riportati</b>	<p>1. per coloro che hanno diritto al congedo supplementare per il rischio radiologico: 100% ferie anno corrente + festività soppresse;</p> <p>2. per coloro che non hanno diritto al congedo supplementare per il rischio radiologico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2019 ≥ al diritto ferie di un anno + festività soppresse : fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari al 100% del maturato di un anno + ulteriori 5 giorni;</li> <li>- per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2019 &lt; del diritto ferie di un anno + festività soppresse: fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari al 100% del maturato di un anno.</li> </ul> <p>nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso.</p> <p>L'obiettivo verrà valutato complessivamente a livello di struttura operativa</p>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text" value="3%"/> <input type="text"/>	SOSD Controllo di gestione
<b>Gestire l'attività di formazione</b>	Numero ore di formazione esterna	<b>Non superiore alle 2 ore settimana per dirigente dall'approvazione del regolamento</b>	Il risultato viene valutato a livello di struttura nel suo complesso. Il monitoraggio verrà effettuato dal sistema ascot-personale.	<input type="text" value="3%"/> <input type="text" value="3%"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	SOSI Gestione del Personale
<b>Contenimento delle ore di straordinario liquidabili del personale del comparto del dipartimento</b>	Numero di ore di straordinario liquidabili	<b>≤ n. ore: 1.141</b>	L'eccedenza oraria, comprese le ore liquidabili assegnate, deve essere governata durante l'anno dalle posizioni organizzative e dai coordinatori	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text" value="3%"/> <input type="text" value="3%"/>	SOSI Gestione del Personale
				<input type="text" value="100%"/> <input type="text" value="100%"/> <input type="text" value="100%"/> <input type="text" value="100%"/>	

Gli obiettivi della posizione organizzativa e dei coordinatori sono valutati come media del raggiungimento totale riportato nelle singole schede di budget del dipartimento

Una percentuale dell'incremento di produttività, valutata tenendo conto delle risorse e delle potenzialità della struttura, potrà essere incentivata con lo strumento delle risorse aggiuntive regionali anziché con la retribuzione di risultato/produttività. Si rimanda pertanto a quanto sarà previsto negli accordi RAR.

**SCHEDA DI BUDGET 2019 - SOC FARMACOLOGIA SPERIMENTALE E CLINICA - DIRIGENZA E COMPARTO**

Si precisa che i pesi percentuali in termini di incentivazione sono assegnati secondo i seguenti criteri:

- 50% al rispetto dell'equilibrio di bilancio
- 50% distribuiti agli obiettivi presenti nella seguente scheda di budget

**A - Volumi di attività assistenziale**

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
					responsabile	dirigenza	PO/Coordin.	comparto	
Attività assistenziale	Incremento numero di prestazioni di laboratorio (esterni e interni)	≥ 620	La percentuale di raggiungimento del target viene valutata come segue: ≥ 99% = 100% ≥ 97% e < 99% = in proporzione all'intervallo < 97% = 0%	357	5%	8%	7%	7%	SOSD Controllo di gestione

**B - Ricerca**

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
					responsabile	dirigenza	PO/Coordin.	comparto	
Mantenimento livelli di produzione scientifica	1. impact factor grezzo frazionato 2017-2019 2. Numero delle pubblicazioni anni 2017-2019 (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura) 3. numero pubblicazioni con I.F. ≥ 6 (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura)	1. > impact factor grezzo frazionato 2016-2018 delle strutture di ricerca del dipartimento (media) 2. > numero pubblicazioni anni 2016-2018 3. almeno 1	Ai primi due indicatori viene riconosciuta una franchigia del 10% entro la quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%. Al di sotto della franchigia l'obiettivo non è raggiunto. L'obiettivo viene considerato raggiunto se vengono raggiunti almeno due target		60%	60%			Biblioteca scientifica
contributo al mantenimento livelli di produzione scientifica	1. impact factor grezzo frazionato 2017-2019 2. Numero delle pubblicazioni anni 2017-2019 (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura)	1. > impact factor grezzo frazionato 2016-2018 delle strutture di ricerca del dipartimento 2. Numero delle pubblicazioni anni 2017-2019 (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura)	Ai due indicatori viene riconosciuta una franchigia del 10% entro la quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%. Al di sotto della franchigia l'obiettivo non è raggiunto. L'obiettivo viene considerato raggiunto se vengono raggiunti almeno un target				20%	20%	Biblioteca scientifica

## C - Progettualità regionali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
					responsabile	dirigenza	PO/Coordin.	comparto	
Progetto regionale FOIFVG	proseguo del progetto	rispetto delle scadenze	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		10%	10%			SOC Farmacologia Sperimentale e Clinica

## F - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
					responsabile	dirigenza	PO/Coordin.	comparto	
Attivazione Gruppi multidisciplinari e multiprofessionali	1. Formalizzazione dei gruppi multidisciplinari 2. Avvio delle attività dei gruppi formalizzati dalla direzione e di competenza della struttura	1. Entro il 30 settembre 2. Evidenza della verbalizzazione degli incontri	I risultati vengono valutati come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		3%	3%	3%	3%	Direzione medica di presidio
Elaborazione dei documenti per l'individuazione e formalizzazione dei PDTAR in accordo con la direzione	Formalizzazione dei PDTAR	Almeno 2 entro il 31.12 (PDTA epatocarcinoma)	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% (PDTA epatocarcinoma)		3%	3%	3%	3%	Direzione medica di presidio
Diffusione formale degli obiettivi di budget ai collaboratori	Organizzazione di un incontro con tutti i collaboratori per la presentazione e condivisione degli obiettivi di budget 2019	Trasmissione all'ufficio controllo di gestione del registro presenze entro il 30.04.2019	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		3%	3%	3%	3%	SOSD Controllo di gestione

## G - Efficienza operativa e appropriatezza

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
					responsabile	dirigenza	PO/Coordin.	comparto	
Procedura sull'utilizzo dei guanti	1. Predisposizione procedura e relativa formazione 2. Osservazione utilizzo guanti a partire dal II semestre	1. Entro il primo semestre 2. Adesione al corretto utilizzo dei guanti ≥ 95%	I risultati dei singoli target 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 singoli target.				58%	61%	Direzione professioni sanitarie

## H - Consumi prodotti sanitari

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
					responsabile	dirigenza	PO/Coordin.	comparto	

**Contenimento consumi prodotti sanitari**

Valore assegnato

**Valore istituzionale: € 24.000 (correlato ai volumi di attività diagnostica richiesti a budget)**  
**Valore ricerca corrente: 2018-3%**

Il valore del target dei fondi istituzionali è stato determinato tenendo conto dei vincoli regionali e dell'obiettivo assegnato all'incremento richiesto in termini di volumi di attività. Pertanto la valutazione del grado di raggiungimento sarà espressa come segue: a parità di prestazioni e loro tipologia rispetto all'anno precedente, il budget dei consumi per prodotti sanitari deve essere diminuito del 3% rispetto al 2018; l'incremento di attività potrà comportare un aumento del consumo di prodotti sanitari nel rispetto del vincolo regionale e proporzionale all'incremento dei volumi. Il valore del target della ricerca corrente è calcolato tenendo conto del vincolo di riduzione regionale. Potranno essere valutati scostamenti minimi in termini di valore assoluto.

10%

10%

SOSD Controllo di gestione

## I - Risorse

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
					responsabile	dirigenza	PO/Coordin.	comparto	
Gestire le ferie del personale della dirigenza	Numero gg di ferie da fruire entro il 31/12/2019	Numero di giorni da fruire calcolati secondo i criteri di valutazione riportati	<p>1. per coloro che hanno diritto al congedo supplementare per il rischio radiologico: 100% ferie anno corrente + festività soppresse;</p> <p>2. per coloro che non hanno diritto al congedo supplementare per il rischio radiologico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2019 ≥ al diritto ferie di un anno + festività soppresse : fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari al 100% del maturato di un anno + ulteriori 5 giorni;</li> <li>- per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2019 &lt; del diritto ferie di un anno + festività soppresse: fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari al 100% del maturato di un anno.</li> </ul> <p>nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso.</p> <p>L'obiettivo verrà valutato complessivamente a livello di struttura operativa</p>		3%				SOSD Controllo di gestione

<b>Gestire le ferie del personale del comparto del dipartimento</b>	Numero gg di ferie da fruire entro il 31/12/2019 da parte del personale di tutto il dipartimento	<b>Numero di giorni da fruire calcolati secondo i criteri di valutazione riportati</b>	<p>1. per coloro che hanno diritto al congedo supplementare per il rischio radiologico: 100% ferie anno corrente + festività soppresse;</p> <p>2. per coloro che non hanno diritto al congedo supplementare per il rischio radiologico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2019 <math>\geq</math> al diritto ferie di un anno + festività soppresse : fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari al 100% del maturato di un anno + ulteriori 5 giorni;</li> <li>- per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2019 &lt; del diritto ferie di un anno + festività soppresse: fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari al 100% del maturato di un anno. nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso. L'obiettivo verrà valutato complessivamente a livello di struttura operativa</li> </ul>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text" value="3%"/> <input type="text"/>	SOSD Controllo di gestione
<b>Gestire l'attività di formazione</b>	Numero ore di formazione esterna	<b>Non superiore alle 2 ore settimana per dirigente dall'approvazione del regolamento</b>	Il risultato viene valutato a livello di struttura nel suo complesso. Il monitoraggio verrà effettuato dal sistema ascot-personale.	<input type="text" value="3%"/> <input type="text" value="3%"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	SOSI Gestione del Personale
<b>Contenimento delle ore di straordinario liquidabili del personale del comparto del dipartimento</b>	Numero di ore di straordinario liquidabili	<b><math>\leq</math> n. ore: 1.141</b>	L'eccedenza oraria, comprese le ore liquidabili assegnate, deve essere governata durante l'anno dalle posizioni organizzative e dai coordinatori	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text" value="3%"/> <input type="text" value="3%"/>	SOSI Gestione del Personale
				<input type="text" value="100%"/> <input type="text" value="100%"/> <input type="text" value="100%"/> <input type="text" value="100%"/>	

Gli obiettivi della posizione organizzativa e dei coordinatori sono valutati come media del raggiungimento totale riportato nelle singole schede di budget del dipartimento

Una percentuale dell'incremento di produttività, valutata tenendo conto delle risorse e delle potenzialità della struttura, potrà essere incentivata con lo strumento delle risorse aggiuntive regionali anziché con la retribuzione di risultato/produttività. Si rimanda pertanto a quanto sarà previsto negli accordi RAR.

SCHEDA DI BUDGET 2019 - SOC IMMUNOPATOLOGIA E BIOMARCATORI ONCOLOGICI - DIRIGENZA E COMPARTO

Si precisa che i pesi percentuali in termini di incentivazione sono assegnati secondo i seguenti criteri:

- 50% al rispetto dell'equilibrio di bilancio
- 50% distribuiti agli obiettivi presenti nella seguente scheda di budget

A - Volumi di attività assistenziale

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
					responsabile	dirigenza	PO/Coordin.	comparto	
Incremento attività ambulatoriale totali	Numero prestazioni (esterni, interni, screening)	≥ anno 2018+5%	<p>1. La percentuale di raggiungimento del target viene valutata come segue:                      ≥ 99% = 100%                      ≥ 97% e &lt; 99% = in proporzione all'intervallo                      &lt; 97% = 0%</p> <p>L'obiettivo potrà essere rivisto a seguito della revisione dell'accordo sull'integrazione della funzione di laboratorio con AAS5.</p>	648.059 (ambulatoriali, interni e screening)	25%	25%	17%	17%	SOSD Controllo di gestione

B - Ricerca

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
					responsabile	dirigenza	PO/Coordin.	comparto	
Mantenimento livelli di produzione scientifica	<p>1. Impact factor grezzo frazionato 2017-2019</p> <p>2. Numero delle pubblicazioni anni 2017-2019 (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura)</p> <p>3. Numero pubblicazioni con I.F. ≥ 6 (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura)</p>	<p>1. &gt; Impact factor grezzo frazionato 2016-2018</p> <p>2. &gt; Numero pubblicazioni anni 2016-2018</p> <p>3. Almeno 1</p>	<p>Ai primi due indicatori viene riconosciuta una franchigia del 10% entro la quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%. Al di sotto della franchigia l'obiettivo non è raggiunto. L'obiettivo viene considerato raggiunto se vengono raggiunti almeno due target</p>		30%	30%			Biblioteca scientifica

contributo al  
mantenimento livelli di  
produzione scientifica

1. impact factor grezzo frazionato  
2017-2019  
2. Numero delle pubblicazioni  
anni 2017-2019  
(indipendentemente dalla  
posizione dell'autore della  
struttura)

1. > **impact factor grezzo  
frazionato 2016-2018 delle  
strutture di ricerca del  
dipartimento**  
2. **Numero delle pubblicazioni  
anni 2017-2019**  
(indipendentemente dalla  
posizione dell'autore della  
struttura)

Ai due indicatori viene riconosciuta una franchigia del 10% entro la quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%. Al di sotto della franchigia l'obiettivo non è raggiunto. L'obiettivo viene considerato raggiunto se vengono raggiunti almeno un target



Biblioteca scientifica

## F - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
					responsabile	dirigenza	PO/Coordin.	comparto	
Attivazione Gruppi multidisciplinari e multiprofessionali	1. Formalizzazione dei gruppi multidisciplinari 2. Avvio delle attività dei gruppi formalizzati dalla direzione e di competenza della struttura	1. <b>Entro il 30 settembre</b> 2. <b>Evidenza della verbalizzazione degli incontri</b>	I risultati vengono valutati come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		3%	3%	3%	3%	Direzione medica di presidio
Elaborazione dei documenti per l'individuazione e formalizzazione dei PDTAR in accordo con la direzione	Formalizzazione dei PDTAR	<b>Almeno 2 entro il 31.12</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		3%	3%	3%	3%	Direzione medica di presidio
Diffusione formale degli obiettivi di budget ai collaboratori	Organizzazione di un incontro con tutti i collaboratori per la presentazione e condivisione degli obiettivi di budget 2019	<b>Trasmissione all'ufficio controllo di gestione del registro presenze entro il 30.04.2019</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		3%	3%	3%	3%	SOSD Controllo di gestione
Integrazione funzioni di medicina di laboratorio e medicina trasfusionale tra AAS5 e CRO	Partecipazione agli incontri del gruppo di lavoro	<b>Monitoraggio e aggiornamento, per la parte di propria competenza, degli accordi approvati con delibera del direttore generale n. 103 del 16.04.2014 (medicina trasfusionale) e n. 158 del 11.05.2017 (integrazione funzione dei laboratori)</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		20%	23%			Direzione medica di presidio

## G - Efficienza operativa e appropriatezza

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
					responsabile	dirigenza	PO/Coordin.	comparto	

**Procedura sull'utilizzo dei guanti**

1. Predisposizione procedura e relativa formazione
2. Osservazione utilizzo guanti a partire dal II semestre

1. Entro il primo semestre
2. Adesione al corretto utilizzo dei guanti  $\geq 95\%$

I risultati dei singoli target vengono valutati come segue:  
 se il risultato è si = 100%  
 se il risultato è no = 0%.  
 L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei singoli target.



Direzione professioni sanitarie

## H - Consumi prodotti sanitari

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
					responsabile	dirigenza	PO/Coordin.	comparto	
Contenimento consumi prodotti sanitari	Valore assegnato	Valore istituzionale: 2018+2% Valore ricerca corrente: 2018-3%	Il valore del target dei fondi istituzionali è stato determinato tenendo conto dei vincoli regionali e dell'obiettivo assegnato all'incremento richiesto in termini di volumi di attività. Pertanto la valutazione del grado di raggiungimento sarà espressa come segue: a parità di prestazioni e loro tipologia rispetto all'anno precedente, il budget dei consumi per prodotti sanitari deve essere diminuito del 3% rispetto al 2018; l'incremento di attività potrà comportare un aumento del consumo di prodotti sanitari nel rispetto del vincolo regionale e proporzionale all'incremento dei volumi. Il valore del target della ricerca corrente è calcolato tenendo conto del vincolo di riduzione regionale. Potranno essere valutati eventuali scostamenti minimi in termini di valore assoluto.		10%	10%			SOSD Controllo di gestione

## I - Risorse

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
					responsabile	dirigenza	PO/Coordin.	comparto	
Gestire le ferie del personale della dirigenza	Numero gg di ferie da fruire entro il 31/12/2019	Numero di giorni da fruire calcolati secondo i criteri di valutazione riportati	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. per coloro che hanno diritto al congedo supplementare per il rischio radiologico: 100% ferie anno corrente + festività soppresse;</li> <li>2. per coloro che non hanno diritto al congedo supplementare per il rischio radiologico:                     <ul style="list-style-type: none"> <li>- per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2019 <math>\geq</math> al diritto ferie di un anno + festività soppresse : fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari al 100% del maturato di un anno + ulteriori 5 giorni;</li> <li>- per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2019 <math>&lt;</math> del diritto ferie di un anno + festività soppresse: fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari al 100% del maturato di un anno.</li> </ul> </li> </ol> nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso. L'obiettivo verrà valutato complessivamente a livello di struttura operativa		3%				SOSD Controllo di gestione

<b>Gestire le ferie del personale del comparto del dipartimento</b>	Numero gg di ferie da fruire entro il 31/12/2019 da parte del personale di tutto il dipartimento	<b>Numero di giorni da fruire calcolati secondo i criteri di valutazione riportati</b>	<p>1. per coloro che hanno diritto al congedo supplementare per il rischio radiologico: 100% ferie anno corrente + festività soppresse;</p> <p>2. per coloro che non hanno diritto al congedo supplementare per il rischio radiologico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2019 ≥ al diritto ferie di un anno + festività soppresse : fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari al 100% del maturato di un anno + ulteriori 5 giorni;</li> <li>- per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2019 &lt; del diritto ferie di un anno + festività soppresse: fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari al 100% del maturato di un anno. nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso. L'obiettivo verrà valutato complessivamente a livello di struttura operativa</li> </ul>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text" value="3%"/> <input type="text"/>	SOSD Controllo di gestione
<b>Gestire l'attività di formazione</b>	Numero ore di formazione esterna	<b>Non superiore alle 2 ore settimana per dirigente dall'approvazione del regolamento</b>	Il risultato viene valutato a livello di struttura nel suo complesso. Il monitoraggio verrà effettuato dal sistema ascot-personale.	<input type="text" value="3%"/> <input type="text" value="3%"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	SOSI Gestione del Personale
<b>Contenimento delle ore di straordinario liquidabili del personale del comparto del dipartimento</b>	Numero di ore di straordinario liquidabili	<b>≤ n. ore: 1.141</b>	L'eccedenza oraria, comprese le ore liquidabili assegnate, deve essere governata durante l'anno dalle posizioni organizzative e dai coordinatori	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text" value="3%"/> <input type="text" value="3%"/>	SOSI Gestione del Personale
				<input type="text" value="100%"/> <input type="text" value="100%"/> <input type="text" value="100%"/> <input type="text" value="100%"/>	

Gli obiettivi della posizione organizzativa e dei coordinatori sono valutati come media del raggiungimento totale riportato nelle singole schede di budget del dipartimento

Una percentuale dell'incremento di produttività, valutata tenendo conto delle risorse e delle potenzialità della struttura, potrà essere incentivata con lo strumento delle risorse aggiuntive regionali anziché con la retribuzione di risultato/produttività. Si rimanda pertanto a quanto sarà previsto negli accordi RAR.

SCHEDA DI BUDGET 2019 - SOC ONCOEMATOLOGIA CLINICO SPERIMENTALE - DIRIGENZA E COMPARTO

Si precisa che i pesi percentuali in termini di incentivazione sono assegnati secondo i seguenti criteri:

- 50% al rispetto dell'equilibrio di bilancio
- 50% distribuiti agli obiettivi presenti nella seguente scheda di budget

**A - Volumi di attività assistenziale**

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
					responsabile	dirigenza	PO/Coordin.	comparto	
Incremento attività ambulatoriale totali	Numero prestazioni	≥ Anno 2018+10%	La percentuale di raggiungimento del target viene valutata come segue: ≥ 97% = 100% ≥ 95% e < 97% = in proporzione all'intervallo < 95% = 0%	25.867	25%	28%	17%	17%	SOSD Controllo di gestione

**B - Ricerca**

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
					responsabile	dirigenza	PO/Coordin.	comparto	
Mantenimento livelli di produzione scientifica	1. Impact factor grezzo frazionato 2017-2019 2. Numero delle pubblicazioni anni 2017-2019 (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura) 3. Numero pubblicazioni con I.F. ≥ 10 (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura)	1. > Impact factor grezzo frazionato 2016-2018 2. > Numero pubblicazioni anni 2016-2018 3. Almeno 3	Ai primi due indicatori viene riconosciuta una franchigia del 10% entro la quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%. Al di sotto della franchigia l'obiettivo non è raggiunto. L'obiettivo viene considerato raggiunto se vengono raggiunti almeno due target		40%	40%			Biblioteca scientifica
contributo al mantenimento livelli di produzione scientifica	1. impact factor grezzo frazionato 2017-2019 2. Numero delle pubblicazioni anni 2017-2019 (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura)	1. > impact factor grezzo frazionato 2016-2018 delle strutture di ricerca del dipartimento 2. Numero delle pubblicazioni anni 2017-2019 (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura)	Ai due indicatori viene riconosciuta una franchigia del 10% entro la quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%. Al di sotto della franchigia l'obiettivo non è raggiunto. L'obiettivo viene considerato raggiunto se vengono raggiunti almeno un target				10%	10%	Biblioteca scientifica

## F - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
					responsabile	dirigenza	PO/Coordin.	comparto	
Attivazione Gruppi multidisciplinari e multiprofessionali	1. Formalizzazione dei gruppi multidisciplinari 2. Avvio delle attività dei gruppi formalizzati dalla direzione e di competenza della struttura	<b>1. Entro il 30 settembre</b> <b>2. Evidenza della verbalizzazione degli incontri</b>	I risultati vengono valutati come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		3%	3%	3%	3%	Direzione medica di presidio
Elaborazione dei documenti per l'individuazione e formalizzazione dei PDTAR in accordo con la direzione	Formalizzazione dei PDTAR	<b>Almeno 2 entro il 31.12</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		3%	3%	3%	3%	Direzione medica di presidio
Diffusione formale degli obiettivi di budget ai collaboratori	Organizzazione di un incontro con tutti i collaboratori per la presentazione e condivisione degli obiettivi di budget 2019	<b>Trasmissione all'ufficio controllo di gestione del registro presenze entro il 30.04.2019</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		3%	3%	3%	3%	SOSD Controllo di gestione
Integrazione funzioni di medicina di laboratorio e medicina trasfusionale tra AASS e CRO	Partecipazione agli incontri del gruppo di lavoro	<b>Monitoraggio e aggiornamento, per la parte di propria competenza, degli accordi approvati con delibera del direttore generale n. 103 del 16.04.2014 (medicina trasfusionale) e n. 158 del 11.05.2017 (integrazione funzione dei laboratori)</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		10%	10%			Direzione medica di presidio

## G - Efficienza operativa e appropriatezza

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
					responsabile	dirigenza	PO/Coordin.	comparto	
Procedura sull'utilizzo dei guanti	1. Predisposizione procedura e relativa formazione 2. Osservazione utilizzo guanti a partire dal II semestre	<b>1. Entro il primo semestre</b> <b>2. Adesione al corretto utilizzo dei guanti ≥ 95%</b>	I risultati dei singoli target 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 singoli target.				58%	61%	Direzione professioni sanitarie

## H - Consumi prodotti sanitari

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
					responsabile	dirigenza	PO/Coordin.	comparto	

**contenimento consumi prodotti sanitari**

Valore assegnato

**Valore istituzionale: 2018 + 7%**  
**Valore ricerca corrente: 2018**

Il valore del target dei fondi istituzionali è stato determinato tenendo conto dei vincoli regionali e dell'obiettivo assegnato all'incremento richiesto in termini di volumi di attività. Pertanto la valutazione del grado di raggiungimento sarà espressa come segue: a parità di prestazioni e loro tipologia rispetto all'anno precedente, il budget dei consumi per prodotti sanitari deve essere diminuito del 3% rispetto al 2018; l'incremento di attività potrà comportare un aumento del consumo di prodotti sanitari nel rispetto del vincolo regionale e proporzionale all'incremento dei volumi. Il valore del target della ricerca corrente è pari al consumato del 2018. Potranno essere eventuali valutati scostamenti minimi in termini di valore assoluto.

10%

10%

SOSD Controllo di gestione

## I - Risorse

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
					responsabile	dirigenza	PO/Coordin.	comparto	
Gestire le ferie del personale della dirigenza	Numero gg di ferie da fruire entro il 31/12/2019	Numero di giorni da fruire calcolati secondo i criteri di valutazione riportati	<p>1. per coloro che hanno diritto al congedo supplementare per il rischio radiologico: 100% ferie anno corrente + festività soppresse;</p> <p>2. per coloro che non hanno diritto al congedo supplementare per il rischio radiologico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2019 ≥ al diritto ferie di un anno + festività soppresse : fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari al 100% del maturato di un anno + ulteriori 5 giorni;</li> <li>- per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2019 &lt; del diritto ferie di un anno + festività soppresse: fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari al 100% del maturato di un anno.</li> </ul> <p>nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso.</p> <p>L'obiettivo verrà valutato complessivamente a livello di struttura operativa</p>		3%				SOSD Controllo di gestione

<b>Gestire le ferie del personale del comparto del dipartimento</b>	Numero gg di ferie da fruire entro il 31/12/2019 da parte del personale di tutto il dipartimento	<b>Numero di giorni da fruire calcolati secondo i criteri di valutazione riportati</b>	<p>1. per coloro che hanno diritto al congedo supplementare per il rischio radiologico: 100% ferie anno corrente + festività soppresse;</p> <p>2. per coloro che non hanno diritto al congedo supplementare per il rischio radiologico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2019 ≥ al diritto ferie di un anno + festività soppresse : fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari al 100% del maturato di un anno + ulteriori 5 giorni;</li> <li>- per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2019 &lt; del diritto ferie di un anno + festività soppresse: fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari al 100% del maturato di un anno. nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso. L'obiettivo verrà valutato complessivamente a livello di struttura operativa</li> </ul>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text" value="3%"/> <input type="text"/>	SOSD Controllo di gestione
<b>Gestire l'attività di formazione</b>	Numero ore di formazione esterna	<b>Non superiore alle 2 ore settimana per dirigente dall'approvazione del regolamento</b>	Il risultato viene valutato a livello di struttura nel suo complesso. Il monitoraggio verrà effettuato dal sistema ascot-personale.	<input type="text" value="3%"/> <input type="text" value="3%"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	SOSI Gestione del Personale
<b>Contenimento delle ore di straordinario liquidabili del personale del comparto del dipartimento</b>	Numero di ore di straordinario liquidabili	<b>≤ n. ore: 1.141</b>	L'eccedenza oraria, comprese le ore liquidabili assegnate, deve essere governata durante l'anno dalle posizioni organizzative e dai coordinatori	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text" value="3%"/> <input type="text" value="3%"/>	SOSI Gestione del Personale
				<input type="text" value="100%"/> <input type="text" value="100%"/> <input type="text" value="100%"/> <input type="text" value="100%"/>	

Gli obiettivi della posizione organizzativa e dei coordinatori sono valutati come media del raggiungimento totale riportato nelle singole schede di budget del dipartimento

Una percentuale dell'incremento di produttività, valutata tenendo conto delle risorse e delle potenzialità della struttura, potrà essere incentivata con lo strumento delle risorse aggiuntive regionali anziché con la retribuzione di risultato/produttività. Si rimanda pertanto a quanto sarà previsto negli accordi RAR.

**SCHEDA DI BUDGET 2019 - SOSD ANATOMIA PATOLOGICA AD INDIRIZZO ONCOLOGICO - DIRIGENZA E COMPARTO**

Si precisa che i pesi percentuali in termini di incentivazione sono assegnati secondo i seguenti criteri:

- 50% al rispetto dell'equilibrio di bilancio
- 50% distribuiti agli obiettivi presenti nella seguente scheda di budget

-

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
					responsabile	dirigenza	PO/Coordin.	comparto	
Monitoraggio dei tempi di refertazione per le prestazioni per interni	Garantire i seguenti tempi di refertazione: ≤ 8 giorni per le piccole biopsie; ≤ 15 giorni per i prodotti chirurgici e le biopsie escissionali	≥ 85% dei referti rispettano i tempi di refertazione dal II semestre	L'obiettivo viene valutato come segue: ≥ 82,40% = 100% < 82,40% = 0% L'obiettivo viene assegnato tenendo conto dell'obiettivo dei volumi. Un incremento dei volumi superiore al 10% potrà comportare una rinegoziazione di questo obiettivo		25%	25%			SOSD Controllo di gestione

**A - Volumi di attività assistenziale**

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
					responsabile	dirigenza	PO/Coordin.	comparto	
Aumento quantitativo dell'attività ambulatoriale	Numero di prestazioni per esterni e per interni (esclusa l'attività a favore del policlinico)	≥ 19.483 (2018+10%)	La percentuale di raggiungimento del target viene valutata come segue: ≥ 97% = 100% ≥ 95% e < 97% = in proporzione all'intervallo < 95% = 0%	17.712	20%	20%	17%	17%	SOSD Controllo di gestione

**B - Ricerca**

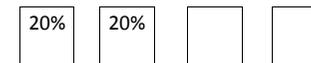
OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
					responsabile	dirigenza	PO/Coordin.	comparto	

**Mantenimento livelli di produzione scientifica**

1. Impact factor grezzo frazionato 2017-2019  
 2. Numero delle pubblicazioni anni 2017-2019 (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura)  
 3. Numero pubblicazioni con I.F. ≥ 6 (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura)

**1. > Impact factor grezzo frazionato 2016-2018**  
**2. > Numero pubblicazioni anni 2016-2018**  
**3. Almeno 1**

Ai primi due indicatori viene riconosciuta una franchigia del 10% entro la quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%. Al di sotto della franchigia l'obiettivo non è raggiunto. L'obiettivo viene considerato raggiunto se vengono raggiunti almeno due target



Biblioteca scientifica

**contributo al mantenimento livelli di produzione scientifica**

1. impact factor grezzo frazionato 2017-2019  
 2. Numero delle pubblicazioni anni 2017-2019 (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura)

**1. > impact factor grezzo frazionato 2016-2018 delle strutture di ricerca del dipartimento**  
**2. Numero delle pubblicazioni anni 2017-2019 (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura)**

Ai due indicatori viene riconosciuta una franchigia del 10% entro la quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%. Al di sotto della franchigia l'obiettivo non è raggiunto. L'obiettivo viene considerato raggiunto se vengono raggiunti almeno un target



Biblioteca scientifica

**C - Progettualità regionali**

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
					responsabile	dirigenza	PO/Coordin.	comparto	
<b>Linea regionale 3.1.3. Gli screening oncologici in Regione Friuli Venezia Giulia</b>	1. Assicurare la collaborazione per la riconversione del programma di screening cervicale, inclusi gli aspetti di comunicazione e formazione. 2. Garantire la tempestiva lettura dei pap-test primari fino a transizione di programma avvenuta	<b>1. operatori formati</b> <b>2. Letture dei pap-test primari presso le sedi di attuale competenza fino a transizione del programma ultimata (&gt;80% dei pap test refertati entro 21 giorni dalla data di prelievo)</b>	I risultati vengono valutati come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		2%	5%			Direzione medica di presidio
<b>Linea regionale 3.1.3. Gli screening oncologici in Regione Friuli Venezia Giulia</b>	Tutte le Aziende Sanitarie: assicurare la collaborazione per la riconversione del programma di screening cervicale, inclusi gli aspetti di comunicazione e formazione.	<b>Operatori aziendali formati</b>	I risultati vengono valutati come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		3%	3%			Direzione medica di presidio

**F - Progettualità aziendali**

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
					responsabile	dirigenza	PO/Coordin.	comparto	

<b>Attivazione Gruppi multidisciplinari e multiprofessionali</b>	1. Formalizzazione dei gruppi multidisciplinari 2. Avvio delle attività dei gruppi formalizzati dalla direzione e di competenza della struttura	<b>1. Entro il 30 settembre</b> <b>2. Evidenza della verbalizzazione degli incontri</b>	I risultati vengono valutati come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="text" value="3%"/> <input type="text" value="3%"/> <input type="text" value="3%"/> <input type="text" value="3%"/>	Direzione medica di presidio
<b>Elaborazione dei documenti per l'individuazione e formalizzazione dei PDTAR in accordo con la direzione</b>	Formalizzazione dei PDTAR	<b>Almeno 2 entro il 31.12</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="text" value="3%"/> <input type="text" value="3%"/> <input type="text" value="3%"/> <input type="text" value="3%"/>	Direzione medica di presidio
<b>Diffusione formale degli obiettivi di budget ai collaboratori</b>	Organizzazione di un incontro con tutti i collaboratori per la presentazione e condivisione degli obiettivi di budget 2019	<b>Trasmissione all'ufficio controllo di gestione del registro presenze entro il 30.04.2019</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="text" value="3%"/> <input type="text" value="3%"/> <input type="text" value="3%"/> <input type="text" value="3%"/>	SOSD Controllo di gestione
<b>Percorso triple assessment</b>	Avvio del percorso	<b>Entro ottobre</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="text" value="5%"/> <input type="text" value="5%"/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	SOC Chirurgia Oncologica del Seno

## G - Efficienza operativa e appropriatezza

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
					responsabile	dirigenza	PO/Coordin.	comparto	
<b>Procedura sull'utilizzo dei guanti</b>	1. Predisposizione procedura e relativa formazione 2. Osservazione utilizzo guanti a partire dal II semestre	<b>1. Entro il primo semestre</b> <b>2. Adesione al corretto utilizzo dei guanti ≥ 95%</b>	I risultati dei singoli target 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 singoli target.		<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value="58%"/>	<input type="text" value="61%"/>	Direzione professioni sanitarie

## H - Consumi prodotti sanitari

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
					responsabile	dirigenza	PO/Coordin.	comparto	
<b>Contenimento consumi prodotti sanitari</b>	1. Valore assegnato su fondi istituzionali 2. Valore assegnato su fondi di ricerca corrente	<b>1. ≤ 2018+7%</b> <b>2. ≤ 2018-3%</b>	Il valore del target dei fondi istituzionali è stato determinato tenendo conto dei vincoli regionali e dell'obiettivo assegnato all'incremento richiesto in termini di volumi di attività. Pertanto la valutazione del grado di raggiungimento sarà espressa come segue: a parità di prestazioni e loro tipologia rispetto all'anno precedente, il budget dei consumi per prodotti sanitari deve essere diminuito del 3% rispetto al 2018; l'incremento di attività potrà comportare un aumento del consumo di prodotti sanitari nel rispetto del vincolo regionale e proporzionale all'incremento dei volumi. Il valore del target della ricerca corrente è calcolato tenendo conto del vincolo di riduzione regionale. Potranno essere valutati scostamenti minimi in termini di valore assoluto.	<b>1. € 449.631</b> <b>2. € 241.527</b>	<input type="text" value="10%"/>	<input type="text" value="10%"/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	SOSD Controllo di gestione

## I - Risorse

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
					responsabile	dirigenza	PO/Coordin.	comparto	
Gestire le ferie del personale della dirigenza	Numero gg di ferie da fruire entro il 31/12/2019	Numero di giorni da fruire calcolati secondo i criteri di valutazione riportati	<p>1. per coloro che hanno diritto al congedo supplementare per il rischio radiologico: 100% ferie anno corrente + festività sopresse;</p> <p>2. per coloro che non hanno diritto al congedo supplementare per il rischio radiologico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2019 ≥ al diritto ferie di un anno + festività sopresse : fruire di un numero di giorni di ferie e festività sopresse pari al 100% del maturato di un anno + ulteriori 5 giorni;</li> <li>- per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2019 &lt; del diritto ferie di un anno + festività sopprese: fruire di un numero di giorni di ferie e festività sopprese pari al 100% del maturato di un anno.</li> </ul> <p>Nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso. L'obiettivo verrà valutato complessivamente a livello di struttura operativa</p>		3%				SOSD Controllo di gestione
Gestire le ferie del personale del comparto del dipartimento	Numero gg di ferie da fruire entro il 31/12/2019 da parte del personale di tutto il dipartimento	Numero di giorni da fruire calcolati secondo i criteri di valutazione riportati	<p>1. per coloro che hanno diritto al congedo supplementare per il rischio radiologico: 100% ferie anno corrente + festività sopprese;</p> <p>2. per coloro che non hanno diritto al congedo supplementare per il rischio radiologico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2019 ≥ al diritto ferie di un anno + festività sopprese : fruire di un numero di giorni di ferie e festività sopprese pari al 100% del maturato di un anno + ulteriori 5 giorni;</li> <li>- per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2019 &lt; del diritto ferie di un anno + festività sopprese: fruire di un numero di giorni di ferie e festività sopprese pari al 100% del maturato di un anno.</li> </ul> <p>nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso. L'obiettivo verrà valutato complessivamente a livello di struttura operativa</p>				3%		SOSD Controllo di gestione
Gestire l'attività di formazione	Numero ore di formazione esterna	Non superiore alle 2 ore settimana per dirigente dall'approvazione del regolamento	Il risultato viene valutato a livello di struttura nel suo complesso. Il monitoraggio verrà effettuato dal sistema ascot-personale.		3%	3%			SOSI Gestione del Personale
Contenimento delle ore di straordinario liquidabili del personale del comparto del dipartimento	Numero di ore di straordinario liquidabili	≤ n. ore: 1.141	L'eccedenza oraria, comprese le ore liquidabili assegnate, deve essere governata durante l'anno dalle posizioni organizzative e dai coordinatori				3%	3%	SOSI Gestione del Personale

---

100%

100%

100%

100%

Gli obiettivi della posizione organizzativa e dei coordinatori sono valutati come media del raggiungimento totale riportato nelle singole schede di budget del dipartimento

Una percentuale dell'incremento di produttività, valutata tenendo conto delle risorse e delle potenzialità della struttura, potrà essere incentivata con lo strumento delle risorse aggiuntive regionali anziché con la retribuzione di risultato/produttività. Si rimanda pertanto a quanto sarà previsto negli accordi RAR.

SCHEDA DI BUDGET 2019 - SOSD TRATTAMENTO DI CELLULE STAMINALI PER LE TERAPIE CELLULARI - DIRIGENZA E COMPARTO

Si precisa che i pesi percentuali in termini di incentivazione sono assegnati secondo i seguenti criteri:

- 50% al rispetto dell'equilibrio di bilancio
- 50% distribuiti agli obiettivi presenti nella seguente scheda di budget

**A - Volumi di attività assistenziale**

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
					responsabile	dirigenza	PO/Coordin.	comparto	
Contributo all'attività trapiantologica	Numero pazienti trapiantati	≥ 39	L'obiettivo viene valutato come segue: ≥ 37 = 100% < 37% = 0%	39	20%	20%	17%	17%	SOSD Controllo di gestione

**B - Ricerca**

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
					responsabile	dirigenza	PO/Coordin.	comparto	
Mantenimento livelli di produzione scientifica	1. Impact factor grezzo frazionato 2017-2019 2. Numero delle pubblicazioni anni 2017-2019 (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura) 3. Numero pubblicazioni con I.F. ≥ 6 (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura)	1. > Impact factor grezzo frazionato 2016-2018 2. > Numero pubblicazioni anni 2016-2018 3. Almeno 1	Ai primi due indicatori viene riconosciuta una franchigia del 10% entro la quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%. Al di sotto della franchigia l'obiettivo non è raggiunto. L'obiettivo viene considerato raggiunto se vengono raggiunti almeno due target		30%	30%			Biblioteca scientifica
contributo al mantenimento livelli di produzione scientifica	1. impact factor grezzo frazionato 2017-2019 2. Numero delle pubblicazioni anni 2017-2019 (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura)	1. > impact factor grezzo frazionato 2016-2018 delle strutture di ricerca del dipartimento 2. Numero delle pubblicazioni anni 2017-2019 (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura)	Ai due indicatori viene riconosciuta una franchigia del 10% entro la quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%. Al di sotto della franchigia l'obiettivo non è raggiunto. L'obiettivo viene considerato raggiunto se vengono raggiunti almeno un target				10%	10%	Biblioteca scientifica

## F - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
					responsabile	dirigenza	PO/Coordin.	comparto	
Progetto lipofiling fase II	Numero di casi	≥ 10	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		3%	5%			SOSD Trattamento di cellule staminali per le terapie cellulari
Attivazione Gruppi multidisciplinari e multiprofessionali	1. Formalizzazione dei gruppi multidisciplinari 2. Avvio delle attività dei gruppi formalizzati dalla direzione e di competenza della struttura	1. Entro il 30 settembre 2. Evidenza della verbalizzazione degli incontri	I risultati vengono valutati come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		3%	3%	3%	3%	Direzione medica di presidio
Elaborazione dei documenti per l'individuazione e formalizzazione dei PDTAR in accordo con la direzione	Formalizzazione dei PDTAR	Almeno 2 entro il 31.12	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		3%	3%	3%	3%	Direzione medica di presidio
Diffusione formale degli obiettivi di budget ai collaboratori	Organizzazione di un incontro con tutti i collaboratori per la presentazione e condivisione degli obiettivi di budget 2019	Trasmissione all'ufficio controllo di gestione del registro presenze entro il 30.04.2019	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		3%	3%	3%	3%	SOSD Controllo di gestione
Progetto relativo alle terapie cellulari avanzate in collaborazione con l'IRST di Meldola	Presentazione del protocollo al comitato etico e avvio progetto	Entro 31.12	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		14%	16%			SOSD Trattamento di cellule staminali per le terapie cellulari
Integrazione funzioni di medicina di laboratorio e medicina trasfusionale tra AAS5 e CRO	Partecipazione agli incontri del gruppo di lavoro	Monitoraggio e aggiornamento, per la parte di propria competenza, degli accordi approvati con delibera del direttore generale n. 103 del 16.04.2014 (medicina trasfusionale) e n. 158 del 11.05.2017 (integrazione funzione dei laboratori)	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		8%	7%			Direzione medica di presidio

## G - Efficienza operativa e appropriatezza

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
					responsabile	dirigenza	PO/Coordin.	comparto	

**Procedura sull'utilizzo dei guanti**

1. Predisposizione procedura e relativa formazione
2. Osservazione utilizzo guanti a partire dal II semestre

**1. Entro il primo semestre  
2. Adesione al corretto utilizzo dei guanti ≥ 95%**

I risultati dei singoli target 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 singoli target.



Direzione professioni sanitarie

## H - Consumi prodotti sanitari

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
					responsabile	dirigenza	PO/Coordin.	comparto	
<b>Contenimento consumi prodotti sanitari</b>	Valore assegnato istituzionale e ricerca corrente	<b>Anno 2018- 3%</b>	il valore assegnato a budget è stato determinato tenuto conto dei vincoli regionali. Potranno essere valutati eventuali scostamenti minimi in termini di valore assoluto.		10%	10%			SOSD Controllo di gestione

## I - Risorse

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2018	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
					responsabile	dirigenza	PO/Coordin.	comparto	
<b>Gestire le ferie del personale della dirigenza</b>	Numero gg di ferie da fruire entro il 31/12/2019	<b>Numero di giorni da fruire calcolati secondo i criteri di valutazione riportati</b>	1. per coloro che hanno diritto al congedo supplementare per il rischio radiologico: 100% ferie anno corrente + festività soppresse; 2. per coloro che non hanno diritto al congedo supplementare per il rischio radiologico: - per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2019 ≥ al diritto ferie di un anno + festività soppresse : fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari al 100% del maturato di un anno + ulteriori 5 giorni; - per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2019 < del diritto ferie di un anno + festività soppresse: fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari al 100% del maturato di un anno. nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso. L'obiettivo verrà valutato complessivamente a livello di struttura operativa		3%				SOSD Controllo di gestione

<b>Gestire le ferie del personale del comparto del dipartimento</b>	Numero gg di ferie da fruire entro il 31/12/2019 da parte del personale di tutto il dipartimento	<b>Numero di giorni da fruire calcolati secondo i criteri di valutazione riportati</b>	<p>1. per coloro che hanno diritto al congedo supplementare per il rischio radiologico: 100% ferie anno corrente + festività soppresse;</p> <p>2. per coloro che non hanno diritto al congedo supplementare per il rischio radiologico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2019 ≥ al diritto ferie di un anno + festività soppresse : fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari al 100% del maturato di un anno + ulteriori 5 giorni;</li> <li>- per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2019 &lt; del diritto ferie di un anno + festività soppresse: fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari al 100% del maturato di un anno.</li> </ul> <p>nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso.</p> <p>L'obiettivo verrà valutato complessivamente a livello di struttura operativa</p>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text" value="3%"/> <input type="text"/>	SOSD Controllo di gestione
<b>Gestire l'attività di formazione</b>	Numero ore di formazione esterna	<b>Non superiore alle 2 ore settimana per dirigente dall'approvazione del regolamento</b>	Il risultato viene valutato a livello di struttura nel suo complesso. Il monitoraggio verrà effettuato dal sistema ascot-personale.	<input type="text" value="3%"/> <input type="text" value="3%"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	SOSI Gestione del Personale
<b>Contenimento delle ore di straordinario liquidabili del personale del comparto del dipartimento</b>	Numero di ore di straordinario liquidabili	<b>≤ n. ore: 1.141</b>	L'eccedenza oraria, comprese le ore liquidabili assegnate, deve essere governata durante l'anno dalle posizioni organizzative e dai coordinatori	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text" value="3%"/> <input type="text" value="3%"/>	SOSI Gestione del Personale
				<input type="text" value="100%"/> <input type="text" value="100%"/> <input type="text" value="100%"/> <input type="text" value="100%"/>	

Gli obiettivi della posizione organizzativa e dei coordinatori sono valutati come media del raggiungimento totale riportato nelle singole schede di budget del dipartimento

Una percentuale dell'incremento di produttività, valutata tenendo conto delle risorse e delle potenzialità della struttura, potrà essere incentivata con lo strumento delle risorse aggiuntive regionali anziché con la retribuzione di risultato/produttività. Si rimanda pertanto a quanto sarà previsto negli accordi RAR.

**SCHEDA DI BUDGET 2019 - SOC APPROVVIGIONAMENTI, ECONOMATO E LOGISTICA - DIRIGENZA E COMPARTO**

Si precisa che i pesi percentuali in termini di incentivazione sono assegnati secondo i seguenti criteri:

- 50% al rispetto dell'equilibrio di bilancio
- 50% distribuiti agli obiettivi presenti nella seguente scheda di budget

**C - Progettualità regionali**

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	comparto	
Linea 4 Il sistema informativo	Predisposizione delle informative per le ditte esterne in accordo all'art. 28 del GDRP 679/2017 per i nuovi contratti	<b>50% entro 31.05.2019</b> <b>85% entro 30.10.2019</b> <b>100% entro 31.12.2019</b>	Il risultato viene valutato raggiunto se viene rispettato il 100% entro il 31.12.2019	11%	14%	SOC Approvvigionamenti, Economato e Logistica

**D - Adempimenti normativi**

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	comparto	
Dlgs. 33 del 2013 - Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni	1. Aggiornamento degli obblighi previsti dalla delibera ANAC n. 141 del 27.02.2019 2. Aggiornamento delle sottosezioni di amministrazione trasparente di relativa competenza così come previsto dalla griglia "Elenco degli obblighi di pubblicazione in materia di trasparenza"	<b>1. Aggiornamento delle sottosezioni di competenza della struttura entro il 31.03</b> <b>2. Rispetto delle scadenze riportate nella griglia "Elenco degli obblighi di pubblicazione in materia di trasparenza"</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si = 100% se il risultato è no = 0% L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei 2 risultati.	10%	10%	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza

**F - Progettualità aziendali**

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	comparto	
Ricognizione delle richieste di beni e servizi da parte delle strutture e pianificazione delle attività di acquisizione	Ricognizione forniture beni e servizi e pianificazione delle attività	<b>Entro maggio</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si = 100% se il risultato è no = 0%	10%	10%	SOC Approvvigionamenti, Economato e Logistica

<b>Attuazione della programmazione degli acquisti di beni e servizi su fondi finalizzati predisposta dalla direzione scientifica</b>	E' garantita l'attuazione della programmazione	<b>Rispetto delle scadenze</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si = 100% se il risultato è no = 0%	10%	10%	SOC Approvvigionamenti, Economato e Logistica
<b>Creazione di un flusso informativo relativo alle attività e alle risorse della struttura</b>	Predisposizione report	<b>Entro settembre</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si = 100% se il risultato è no = 0%	30%	30%	SOC Approvvigionamenti, Economato e Logistica
<b>Garantire il monitoraggio dei costi e dei ricavi al fine della predisposizione dei rendiconti economici trimestrali</b>	Invio all'ufficio bilancio dei dati (costi e ricavi) per rendiconto trimestrale	<b>Entro il 15 del mese successivo al trimestre di riferimento a partire dal 2° trimestre</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si = 100% se il risultato è no = 0%	10%	10%	SOC Gestione Risorse Economico-Finanziarie
<b>Garantire il flusso di informazioni per la predisposizione del bilancio consuntivo 2018</b>	Invio all'ufficio bilancio dei dati (costi e ricavi) per la predisposizione del bilancio	<b>Entro 05.04.2019</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si = 100% se il risultato è no = 0%	10%	10%	SOC Gestione Risorse Economico-Finanziarie
<b>Diffusione formale degli obiettivi di budget ai collaboratori</b>	Organizzazione di un incontro con tutti i collaboratori per la presentazione e condivisione degli obiettivi di budget 2019	<b>Trasmissione all'ufficio controllo di gestione del registro presenze entro il 30.04.2019</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si = 100% se il risultato è no = 0%	3%	3%	SOSD Controllo di Gestione

## I - Risorse

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	comparto	
<b>Gestire le ferie della dirigenza e del comparto</b>	Numero gg di ferie da fruire entro il 31/12/2019	<b>Numero di giorni da fruire calcolati secondo i criteri di valutazione riportati</b>	<p>1. per coloro che hanno diritto al congedo supplementare per il rischio radiologico: 100% ferie anno corrente + festività soppresse;</p> <p>2. per coloro che non hanno diritto al congedo supplementare per il rischio radiologico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2019 ≥ al diritto ferie di un anno + festività soppresse : fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari al 100% del maturato di un anno + ulteriori 5 giorni;</li> <li>- per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2019 &lt; del diritto ferie di un anno + festività soppresse: fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari al 100% del maturato di un anno.</li> </ul> <p>nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso.</p> <p>L'obiettivo verrà valutato complessivamente a livello di struttura operativa</p>	3%	0%	SOSD Controllo di Gestione

**Contenimento delle ore di straordinario liquidabili del personale del comparto della struttura**

Numero di ore di straordinario liquidabili

**≤ n. ore assegnate con nota prot. N 3748 del 27.02.2019**

L'eccedenza oraria, comprese le ore liquidabili assegnate, deve essere governata durante l'anno dal direttore/responsabile

3%

3%

Ufficio Personale

100%

100%

**SCHEDA DI BUDGET 2019 - SOC GESTIONE DELLE TECNOLOGIE CLINICHE, TECNICO-STRUTTURALI E INFORMATICHE - DIRIGENZA E COMPARTO**

Si precisa che i pesi percentuali in termini di incentivazione sono assegnati secondo i seguenti criteri:

- 50% al rispetto dell'equilibrio di bilancio
- 50% distribuiti agli obiettivi presenti nella seguente scheda di budget

**C - Progettualità regionali**

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	comparto	
Linea 4 Il sistema informativo - sicurezza fisica e logica/funzionale del sistema informativo, anche in attinenza ai temi relativi alla circolare n. 2/2017 del 18 aprile 2017 di AgID "misure minime di sicurezza" ed entrata in vigore del GDPR – (Regolament	Aggiornamento del documento AgID	Entro il 31.12.2019	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si = 100% se il risultato è no = 0%	5%	5%	SOC Gestione delle Tecnologie Cliniche, Tecnico-Strutturali e Informatiche
Linea 4 Il sistema informativo	Predisposizione delle informative per le ditte esterne in accordo all'art. 28 del GDPR 679/2017 per i nuovi contratti	50% entro 31.05.2019 85% entro 30.10.2019 100% entro 31.12.2019	Il risultato viene valutato raggiunto se viene rispettato il 100% entro il 31.12.2019	11%	14%	SOC Gestione delle Tecnologie Cliniche, Tecnico-Strutturali e Informatiche
Linea 4.1 Sistema PACS regionale	Rispetto del cronoprogramma regionale	Evidenza della realizzazione dell'indicatore	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si = 100% se il risultato è no = 0%	10%	10%	SOC Gestione delle Tecnologie Cliniche, Tecnico-Strutturali e Informatiche
censimento dei principali servizi ICT a supporto della funzionalità ed organizzazione delle aziende	predisposizione documento di ricognizione	entro il 31.12.2019	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si = 100% se il risultato è no = 0%	5%	5%	SOC Gestione delle Tecnologie Cliniche, Tecnico-Strutturali e Informatiche

**D - Adempimenti normativi**

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	comparto	

Dlgs. 33 del 2013 - Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni

1. Aggiornamento degli obblighi previsti dalla delibera ANAC n. 141 del 27.02.2019  
 2. Aggiornamento delle sottosezioni di amministrazione trasparente di relativa competenza così come previsto dalla griglia "Elenco degli obblighi di pubblicazione in materia di trasparenza"

**1. Aggiornamento delle sottosezioni di competenza della struttura entro il 31.03**  
**2. Rispetto delle scadenze riportate nella griglia "Elenco degli obblighi di pubblicazione in materia di trasparenza"**

Il risultato viene valutato come segue:  
 se il risultato è si = 100%  
 se il risultato è no = 0%  
 L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei 2 risultati.

10%

10%

Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza

## F - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	comparto	
Creazione di un flusso informativo relativo alle attività e alle risorse della struttura	Predisposizione report	Entro settembre	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si = 100% se il risultato è no = 0%	30%	30%	SOC Gestione delle Tecnologie Cliniche, Tecnico-Strutturali e Informatiche
Garantire il flusso di informazioni per la predisposizione del bilancio consuntivo 2018	Invio all'ufficio bilancio dei dati (costi e ricavi) per la predisposizione del bilancio	Entro 05.04.2019	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si = 100% se il risultato è no = 0%	10%	10%	SOC Gestione Risorse Economico-Finanziarie
Garantire il monitoraggio dei costi e dei ricavi al fine della predisposizione dei rendiconti economici trimestrali	Invio all'ufficio bilancio dei dati (costi e ricavi) per rendiconto trimestrale	Entro il 15 del mese successivo al trimestre di riferimento a partire dal 2° trimestre	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si = 100% se il risultato è no = 0%	10%	10%	SOC Gestione Risorse Economico-Finanziarie
Diffusione formale degli obiettivi di budget ai collaboratori	Organizzazione di un incontro con tutti i collaboratori per la presentazione e condivisione degli obiettivi di budget 2019	Trasmissione all'ufficio controllo di gestione del registro presenze entro il 30.04.2019	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si = 100% se il risultato è no = 0%	3%	3%	SOSD Controllo di Gestione

## I - Risorse

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	comparto	

<b>Gestire le ferie della dirigenza e del comparto</b>	Numero gg di ferie da fruire entro il 31/12/2019	<b>Numero di giorni da fruire calcolati secondo i criteri di valutazione riportati</b>	<p>1. per coloro che hanno diritto al congedo supplementare per il rischio radiologico: 100% ferie anno corrente + festività sopresse;</p> <p>2. per coloro che non hanno diritto al congedo supplementare per il rischio radiologico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2019 ≥ al diritto ferie di un anno + festività sopresse : fruire di un numero di giorni di ferie e festività sopresse pari al 100% del maturato di un anno + ulteriori 5 giorni;</li> <li>- per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2019 &lt; del diritto ferie di un anno + festività sopresse: fruire di un numero di giorni di ferie e festività sopresse pari al 100% del maturato di un anno.</li> </ul> <p>nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso.</p> <p>L'obiettivo verrà valutato complessivamente a livello di struttura operativa</p>	3%		SOSD Controllo di Gestione
<b>Contenimento delle ore di straordinario liquidabili del personale del comparto della struttura</b>	Numero di ore di straordinario liquidabili	<b>≤ n. ore assegnate con nota prot. N 3748 del 27.02.2019</b>	L'eccedenza oraria, comprese le ore liquidabili assegnate, deve essere governata durante l'anno dal direttore/responsabile	3%	3%	Ufficio Personale
				100%	100%	

SCHEDA DI BUDGET 2019 - SOC GESTIONE RISORSE ECONOMICO-FINANZIARIE - DIRIGENZA E COMPARTO

Si precisa che i pesi percentuali in termini di incentivazione sono assegnati secondo i seguenti criteri:

- 50% al rispetto dell'equilibrio di bilancio
- 50% distribuiti agli obiettivi presenti nella seguente scheda di budget

**C - Progettualità regionali**

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	comparto	
Linea 4 - Il sistema informativo - Revisione sistemi contabili	Partecipazione ai gruppi di lavoro (Gestione Risorse Umane, Gestione contabilità)	90% degli incontri	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si = 100% se il risultato è no = 0%	10%	10%	SOC Gestione Risorse Economico-Finanziarie

**D - Adempimenti normativi**

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	comparto	
Dlgs. 33 del 2013 - Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni	1. Aggiornamento degli obblighi previsti dalla delibera ANAC n. 141 del 27.02.2019 2. Aggiornamento delle sottosezioni di amministrazione trasparente di relativa competenza così come previsto dalla griglia "Elenco degli obblighi di pubblicazione in materia di trasparenza"	1. Aggiornamento delle sottosezioni di competenza della struttura entro il 31.03 2. Rispetto delle scadenze riportate nella griglia "Elenco degli obblighi di pubblicazione in materia di trasparenza"	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si = 100% se il risultato è no = 0% L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei 2 risultati.	10%	10%	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza

**F - Progettualità aziendali**

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	comparto	
Creazione di un flusso informativo relativo alle attività e alle risorse della struttura	Predisposizione report	Entro settembre	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si = 100% se il risultato è no = 0%	30%	30%	SOC Gestione Risorse Economico-Finanziarie
Garantire l'elaborazione di rendiconti economici trimestrali	Predisposizione rendiconti trimestrali	Entro il mese successivo al trimestre di riferimento	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si = 100% se il risultato è no = 0%	21%	24%	SOC Gestione Risorse Economico-Finanziarie

<b>Fattura attiva elettronica</b>	Monitoraggio trimestrale del corretto invio	<b>Invio entro il mese successivo al trimestre di riferimento</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	20%	20%	SOC Gestione Risorse Economico-Finanziarie
-----------------------------------	---------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------	-----	-----	--------------------------------------------

<b>Diffusione formale degli obiettivi di budget ai collaboratori</b>	Organizzazione di un incontro con tutti i collaboratori per la presentazione e condivisione degli obiettivi di budget 2019	<b>Trasmissione all'ufficio controllo di gestione del registro presenze entro il 30.04.2019</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	3%	3%	SOSD Controllo di Gestione
----------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------	----	----	----------------------------

## I - Risorse

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	comparto	
<b>Gestire le ferie della dirigenza e del comparto</b>	Numero gg di ferie da fruire entro il 31/12/2019	<b>Numero di giorni da fruire calcolati secondo i criteri di valutazione riportati</b>	<p>1. per coloro che hanno diritto al congedo supplementare per il rischio radiologico: 100% ferie anno corrente + festività sopresse;</p> <p>2. per coloro che non hanno diritto al congedo supplementare per il rischio radiologico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2019 ≥ al diritto ferie di un anno + festività sopresse : fruire di un numero di giorni di ferie e festività sopresse pari al 100% del maturato di un anno + ulteriori 5 giorni;</li> <li>- per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2019 &lt; del diritto ferie di un anno + festività sopresse: fruire di un numero di giorni di ferie e festività sopresse pari al 100% del maturato di un anno.</li> </ul> <p>nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso.</p> <p>L'obiettivo verrà valutato complessivamente a livello di struttura operativa</p>	3%	0%	SOSD Controllo di Gestione
<b>Contenimento delle ore di straordinario liquidabili del personale del comparto della struttura</b>	Numero di ore di straordinario liquidabili	<b>≤ n. ore assegnate con nota prot. N 3748 del 27.02.2019</b>	L'eccedenza oraria, comprese le ore liquidabili assegnate, deve essere governata durante l'anno dal direttore/responsabile	3%	3%	Ufficio Personale
				100%	100%	

SCHEDA DI BUDGET 2019 - SOC LEGALE, AFFARI GENERALI E GESTIONE RISORSE UMANE - DIRIGENZA E COMPARTO

Si precisa che i pesi percentuali in termini di incentivazione sono assegnati secondo i seguenti criteri:

- 50% al rispetto dell'equilibrio di bilancio

- 50% distribuiti agli obiettivi presenti nella seguente scheda di budget

**C - Progettualità regionali**

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	altro personale	
Linea 4 - Il sistema informativo - Revisione sistemi contabili	Partecipazione ai gruppi di lavoro (Gestione Risorse Umane, Gestione contabilità)	90% degli incontri	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si = 100% se il risultato è no = 0%	10%	10%	SOC Legale, Affari Generali e Gestione Risorse Umane
Collaborare con il gruppo privacy	Le attività sono garantite nel rispetto del cronoprogramma stabilito congiuntamente con il responsabile della protezione dei dati	Evidenza alle direzioni delle attività svolte	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si = 100% se il risultato è no = 0%	5%	5%	SOC Legale, Affari Generali e Gestione Risorse Umane

**D - Adempimenti normativi**

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	altro personale	
Dlgs. 33 del 2013 - Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni	1. Aggiornamento degli obblighi previsti dalla delibera ANAC n. 141 del 27.02.2019 2. Aggiornamento delle sottosezioni di amministrazione trasparente di relativa competenza così come previsto dalla griglia "Elenco degli obblighi di pubblicazione in materia di trasparenza"	1. Aggiornamento delle sottosezioni di competenza della struttura entro il 31.03 2. Rispetto delle scadenze riportate nella griglia "Elenco degli obblighi di pubblicazione in materia di trasparenza"	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si = 100% se il risultato è no = 0% L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei 2 risultati.	10%	10%	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza

**F - Progettualità aziendali**

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	altro personale	

<b>Creazione di un flusso informativo relativo alle attività e alle risorse della struttura</b>	Predisposizione report	<b>Entro settembre</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si = 100% se il risultato è no = 0%	30%	30%	SOC Legale, Affari Generali e Gestione Risorse Umane
<b>Regolamentazione dell'attività di formazione</b>	1. Monitoraggio dell'obiettivo delle ore di formazione esterna della dirigenza presente nelle schede di budget delle strutture 2. Predisposizione regolamento per la gestione dell'istituto della riserva oraria in relazione alla formazione e aggiornamento della dirigenza	<b>1. da maggio 2. entro 30 settembre</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si = 100% se il risultato è no = 0%	5%	5%	SOC Legale, Affari Generali e Gestione Risorse Umane
<b>Garantire il monitoraggio dei costi e dei ricavi al fine della predisposizione dei rendiconti economici trimestrali</b>	Invio all'ufficio bilancio dei dati (costi e ricavi) per rendiconto trimestrale	<b>Entro il 15 del mese successivo al trimestre di riferimento a partire dal 2° trimestre</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si = 100% se il risultato è no = 0%	10%	10%	SOC Gestione Risorse Economico-Finanziarie
<b>Garantire il flusso di informazioni per la predisposizione del bilancio consuntivo 2018</b>	Invio all'ufficio bilancio dei dati (costi e ricavi) per la predisposizione del bilancio	<b>Entro 05.04.2019</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si = 100% se il risultato è no = 0%	10%	10%	SOC Gestione Risorse Economico-Finanziarie
<b>Progetto archiviazione fascicoli del personale</b>	Predisposizione e invio alle direzioni di un progetto per l'archiviazione dei fascicoli del personale	<b>Entro il 31.12.2019</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si = 100% se il risultato è no = 0%	5%	5%	SOC Legale, Affari Generali e Gestione Risorse Umane
<b>Procedure concorsuali</b>	Garantire l'attività pur in carenza di personale dedicato	<b>Evidenza dell'attività</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si = 100% se il risultato è no = 0%	6%	9%	SOC Legale, Affari Generali e Gestione Risorse Umane
<b>Diffusione formale degli obiettivi di budget ai collaboratori</b>	Organizzazione di un incontro con tutti i collaboratori per la presentazione e condivisione degli obiettivi di budget 2019	<b>Trasmissione all'ufficio controllo di gestione del registro presenze entro il 30.04.2019</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si = 100% se il risultato è no = 0%	3%	3%	SOSD Controllo di Gestione

## I - Risorse

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	altro personale	

<b>Gestire le ferie della dirigenza e del comparto</b>	Numero gg di ferie da fruire entro il 31/12/2019	<b>Numero di giorni da fruire calcolati secondo i criteri di valutazione riportati</b>	<p>1. per coloro che hanno diritto al congedo supplementare per il rischio radiologico: 100% ferie anno corrente + festività sopresse;</p> <p>2. per coloro che non hanno diritto al congedo supplementare per il rischio radiologico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2019 ≥ al diritto ferie di un anno + festività sopresse : fruire di un numero di giorni di ferie e festività sopresse pari al 100% del maturato di un anno + ulteriori 5 giorni;</li> <li>- per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2019 &lt; del diritto ferie di un anno + festività sopresse: fruire di un numero di giorni di ferie e festività sopresse pari al 100% del maturato di un anno.</li> </ul> <p>nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso.</p> <p>L'obiettivo verrà valutato complessivamente a livello di struttura operativa</p>	3%		SOSD Controllo di Gestione
<b>Contenimento delle ore di straordinario liquidabili del personale del comparto della struttura</b>	Numero di ore di straordinario liquidabili	<b>≤ n. ore assegnate con nota prot. N 3748 del 27.02.2019</b>	L'eccedenza oraria, comprese le ore liquidabili assegnate, deve essere governata durante l'anno dal direttore/responsabile	3%	3%	Ufficio Personale
				100%	100%	

SCHEDA DI BUDGET 2019 - UFFICIO CASSA E RICOVERI - DIRIGENZA

Si precisa che i pesi percentuali in termini di incentivazione sono assegnati secondo i seguenti criteri:

- 50% al rispetto dell'equilibrio di bilancio
- 50% distribuiti agli obiettivi presenti nella seguente scheda di budget

**C - Progettualità regionali**

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE comparto	RESPONSABILE DEL DATO
Fascicolo sanitario elettronico (nota della Regione Prot. 4449 del 19.02.2019)	Partecipazione al corso regionale	Evidenza della partecipazione ai corsi da parte del personale individuato	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si = 100% se il risultato è no = 0%	50%	Direzioni

**D - Adempimenti normativi**

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE comparto	RESPONSABILE DEL DATO
Garantire la gestione dei flussi ministeriali	Inserimento delle informazioni richieste nel sistema NSIS	Rispetto delle scadenze stabilite	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si = 100% se il risultato è no = 0%	50%	Direttore Amministrativo
				100%	

**SCHEDA DI BUDGET 2019 - SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE AZIENDALE - COMPARTO**

Si precisa che i pesi percentuali in termini di incentivazione sono assegnati secondo i seguenti criteri:

- 50% al rispetto dell'equilibrio di bilancio
- 50% distribuiti agli obiettivi presenti nella seguente scheda di budget

**C - Progettualità regionali**

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	comparto	
<p><b>Linea 3.1.12. Emersione e prevenzione delle malattie professionali in Friuli Venezia Giulia e promozione della salute nei luoghi di lavoro (Programma X PRP)</b></p> <p><b>Intervento preventivo per il rischio cardiovascolare negli operatori sanitari</b></p>	<p>a. Valutazione del rischio cardiovascolare SCORE nei dipendenti per sensibilizzare alla modifica dei fattori di rischio;</p> <p>b. Raccolta dei parametri previsti e calcolo del punteggio SCORE;</p> <p>c. Counseling per gli interventi di miglioramento dei fattori modificabili (fumo, dieta, attività fisica)</p>	<p><b>Report di analisi dei risultati relativi al rischio cardiovascolare negli operatori sanitari entro il 31.12.2019</b></p>	<p>Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si = 100% se il risultato è no = 0%</p>	47%	49%	SPPA
<p><b>Linea 3.1.12. Emersione e prevenzione delle malattie professionali in Friuli Venezia Giulia e promozione della salute nei luoghi di lavoro (Programma X PRP) Verifica della copertura vaccinale e/o anticorpale nei confronti di morbillo, parotite, rosolia,</b></p>	<p>Nel corso della sorveglianza sanitaria degli operatori sanitari di nuova assunzione e in visita periodica (previa integrazione del protocollo sanitario):</p> <p>a. verifica della copertura vaccinale nei confronti di morbillo, parotite, rosolia varicella e/o</p> <p>b. verifica della risposta sierologica nei confronti di morbillo, parotite, rosolia, varicella.</p> <p>Per i soli neo-assunti: Verifica della risposta ai test per la TBC come da protocollo aziendale (ove previsto).</p>	<p><b>- a) e b) Report di analisi dei risultati entro il 31.12.2019 - analisi dei risultati dello stato di copertura per morbillo, parotite, rosolia, varicella riguardanti l'80% dei lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria nel corso dell'anno.</b></p> <p><b>- Recepimento LLGG FVG 2018 sulla tubercolosi con revisione del Protocollo di Sorveglianza Sanitaria aziendale entro il 31.12.2019.</b></p>	<p>Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si = 100% se il risultato è no = 0%</p>	47%	48%	SPPA

**I - Risorse**

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	comparto	

**Gestire le ferie della dirigenza e del comparto**

Numero gg di ferie da fruire entro il 31/12/2019

**Numero di giorni da fruire calcolati secondo i criteri di valutazione riportati**

1. per coloro che hanno diritto al congedo supplementare per il rischio radiologico: 100% ferie anno corrente + festività sopresse;  
2. per coloro che non hanno diritto al congedo supplementare per il rischio radiologico:  
- per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2019  $\geq$  al diritto ferie di un anno + festività sopresse : fruire di un numero di giorni di ferie e festività sopresse pari al 100% del maturato di un anno + ulteriori 5 giorni;  
- per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2019 < del diritto ferie di un anno + festività sopresse: fruire di un numero di giorni di ferie e festività sopresse pari al 100% del maturato di un anno.  
nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso.  
L'obiettivo verrà valutato complessivamente a livello di struttura operativa

3%

SOSD Controllo di Gestione

**Contenimento delle ore di straordinario liquidabili del personale del comparto**

Numero di ore di straordinario liquidabili

**$\leq$  n. ore assegnate con nota prot. N 3748 del 27.02.2019**

L'eccedenza oraria, comprese le ore liquidabili assegnate, deve essere governata durante l'anno dal direttore/responsabile

3%

3%

Ufficio Personale

100%

100%

**SCHEDA DI BUDGET 2019 - UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO E SEGRETERIA DIREZIONE GENERALE - DIRIGENZA**

Si precisa che i pesi percentuali in termini di incentivazione sono assegnati secondo i seguenti criteri:

- 50% al rispetto dell'equilibrio di bilancio
- 50% distribuiti agli obiettivi presenti nella seguente scheda di budget

**C - Progettualità regionali**

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE comparto	RESPONSABILE DEL DATO
Fascicolo sanitario elettronico (nota della Regione Prot. 4449 del 19.02.2019)	Partecipazione al corso regionale	Evidenza della partecipazione ai corsi da parte del personale individuato	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si = 100% se il risultato è no = 0%	20%	Direzioni

**D - Adempimenti normativi**

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE comparto	RESPONSABILE DEL DATO
Dlgs. 33 del 2013 - Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni	1. Aggiornamento degli obblighi previsti dalla delibera ANAC n. 141 del 27.02.2019 2. Aggiornamento delle sottosezioni di amministrazione trasparente di relativa competenza così come previsto dalla griglia "Elenco degli obblighi di pubblicazione in materia di trasparenza"	1. Aggiornamento delle sottosezioni di competenza della struttura entro il 31.03 2. Rispetto delle scadenze riportate nella griglia "Elenco degli obblighi di pubblicazione in materia di trasparenza"	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si = 100% se il risultato è no = 0% L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei 2 risultati.	10%	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza

**F - Progettualità aziendali**

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE comparto	RESPONSABILE DEL DATO
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 2020 2. 100% reclami registrati	I risultati dei due indicatori viene valutato come segue: se il risultato è si = 100% se il risultato è no = 0% L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei 2 risultati.	30%	Ufficio Relazioni con il Pubblico

**Progetto sito internet CRO**

Collaborazione ai fini della realizzazione del nuovo sito internet CRO

**Evidenza alle direzioni della collaborazione**

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

40%

Responsabile della Comunicazione

---

100%

SCHEDA DI BUDGET 2019 - SOSD CONTROLLO DI GESTIONE - DIRIGENZA E COMPARTO

Si precisa che i pesi percentuali in termini di incentivazione sono assegnati secondo i seguenti criteri:

- 50% al rispetto dell'equilibrio di bilancio
- 50% distribuiti agli obiettivi presenti nella seguente scheda di budget

**C - Progettualità regionali**

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	comparto	
Linea 3.8.1 Tempi d'attesa Mantenimento del monitoraggio ministeriale libera professione	Inserimento dei dati nel portale AGENAS	Rispetto delle scadenze previste	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	20%	20%	SOSD Controllo di Gestione

**D - Adempimenti normativi**

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	comparto	
Dlgs. 33 del 2013 - Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni	1. Aggiornamento degli obblighi previsti dalla delibera ANAC n. 141 del 27.02.2019 2. Aggiornamento delle sottosezioni di amministrazione trasparente di relativa competenza così come previsto dalla griglia "Elenco degli obblighi di pubblicazione in materia di trasparenza"	1. Aggiornamento delle sottosezioni di competenza della struttura entro il 31.03 2. Rispetto delle scadenze riportate nella griglia "Elenco degli obblighi di pubblicazione in materia di trasparenza"	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei 2 risultati.	10%	10%	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza

**F - Progettualità aziendali**

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	comparto	
Creazione di un flusso informativo relativo alle attività e alle risorse della struttura	Predisposizione report	Entro settembre	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	30%	30%	SOSD Controllo di Gestione

<b>Garantire il monitoraggio dei costi e dei ricavi al fine della predisposizione dei rendiconti economici trimestrali</b>	Invio all'ufficio bilancio dei dati (costi e ricavi) per rendiconto trimestrale	<b>Entro il 15 del mese successivo al trimestre di riferimento a partire dal 2° trimestre</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si = 100% se il risultato è no = 0%	10%	10%	SOC Gestione Risorse Economico-Finanziarie
<b>Garantire il flusso di informazioni per la predisposizione del bilancio consuntivo 2018</b>	Invio all'ufficio bilancio dei dati (costi e ricavi) per la predisposizione del bilancio	<b>Entro 05.04.2019</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si = 100% se il risultato è no = 0%	10%	10%	SOC Gestione Risorse Economico-Finanziarie
<b>Integrazione della funzione di laboratorio</b>	Supporto alle direzioni nell'elaborazione dei flussi di dati di attività di laboratorio	<b>Evidenza delle elaborazioni</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si = 100% se il risultato è no = 0%	14%	17%	SOSD Controllo di Gestione

## I - Risorse

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	comparto	
<b>Gestire le ferie della dirigenza e del comparto</b>	Numero gg di ferie da fruire entro il 31/12/2019	<b>Numero di giorni da fruire calcolati secondo i criteri di valutazione riportati</b>	1. per coloro che hanno diritto al congedo supplementare per il rischio radiologico: 100% ferie anno corrente + festività soppresse; 2. per coloro che non hanno diritto al congedo supplementare per il rischio radiologico: - per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2019 ≥ al diritto ferie di un anno + festività soppresse : fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari al 100% del maturato di un anno + ulteriori 5 giorni; - per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2019 < del diritto ferie di un anno + festività soppresse: fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari al 100% del maturato di un anno. nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso. L'obiettivo verrà valutato complessivamente a livello di struttura operativa	3%		SOSD Controllo di Gestione
<b>Contenimento delle ore di straordinario liquidabili del personale del comparto della struttura</b>	Numero di ore di straordinario liquidabili	<b>≤ n. ore assegnate con nota prot. N 3748 del 27.02.2019</b>	L'eccedenza oraria, comprese le ore liquidabili assegnate, deve essere governata durante l'anno dal direttore/responsabile	3%	3%	Ufficio Personale
				100%	100%	

SCHEDA DI BUDGET 2019 - SOSP DIREZIONE DELLE PROFESSIONI SANITARIE - DIRIGENZA E COMPARTO

Si precisa che i pesi percentuali in termini di incentivazione sono assegnati secondo i seguenti criteri:

- 50% al rispetto dell'equilibrio di bilancio

- 50% distribuiti agli obiettivi presenti nella seguente scheda di budget

F - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	comparto	
Attivazione Gruppi multidisciplinari e multiprofessionali	1. Formalizzazione dei gruppi multidisciplinari 2. Avvio delle attività dei gruppi formalizzati dalla direzione e di competenza della struttura	1. Entro il 30 settembre 2. Evidenza della verbalizzazione degli incontri	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	20%	15%	Direzione medica di presidio
Elaborazione dei documenti per l'individuazione e formalizzazione dei PDTAR in accordo con la direzione	Formalizzazione dei PDTAR	Almeno 2 entro il 31.12	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	20%	15%	Direzione medica di presidio
Diffusione formale degli obiettivi di budget ai collaboratori	Organizzazione di un incontro con tutti i collaboratori per la presentazione e condivisione degli obiettivi di budget 2019	Trasmissione all'ufficio controllo di gestione del registro presenze entro il 30.04.2019	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	3%	3%	SOSD Controllo di Gestione
Riorganizzazione area terapia medica oncologica	Predisposizione documento di riorganizzazione	Entro 31.07.2019	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	21%	21%	SOSD Direzioni Professioni Sanitarie
Riorganizzazione della cartella clinica	Predisporre un regolamento per la gestione della cartella clinica	Entro il 31.10.2019	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	10%	20%	Direzione medica di presidio
Ricognizione delle attività amministrative svolte ai fini assistenziali	Predisposizione documento che evidenzia l'impegno per l'attività amministrativa ai fini assistenziali	Entro settembre	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	20%	23%	SOSD Direzioni Professioni Sanitarie

I - Risorse

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	comparto	

<b>Gestire le ferie della dirigenza e del comparto</b>	Numero gg di ferie da fruire entro il 31/12/2019	<b>Numero di giorni da fruire calcolati secondo i criteri di valutazione riportati</b>	<p>1. per coloro che hanno diritto al congedo supplementare per il rischio radiologico: 100% ferie anno corrente + festività soppresse;</p> <p>2. per coloro che non hanno diritto al congedo supplementare per il rischio radiologico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2019 ≥ al diritto ferie di un anno + festività soppresse : fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari al 100% del maturato di un anno + ulteriori 5 giorni;</li> <li>- per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2019 &lt; del diritto ferie di un anno + festività soppresse: fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari al 100% del maturato di un anno.</li> </ul> <p>nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso.</p> <p>L'obiettivo verrà valutato complessivamente a livello di struttura operativa</p>	3%		SOSD Controllo di Gestione
<b>Contenimento delle ore di straordinario liquidabili del personale del comparto della struttura</b>	Numero di ore di straordinario liquidabili	<b>≤ n. ore assegnate con nota prot. N 3748 del 27.02.2019</b>	L'eccedenza oraria, comprese le ore liquidabili assegnate, deve essere governata durante l'anno dal direttore/responsabile	3%	3%	Ufficio Personale
				100%	100%	

**SCHEDA DI BUDGET 2019 - SOSD DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO - DIRIGENZA E COMPARTO**

Si precisa che i pesi percentuali in termini di incentivazione sono assegnati secondo i seguenti criteri:

- 50% al rispetto dell'equilibrio di bilancio
- 50% distribuiti agli obiettivi presenti nella seguente scheda di budget

**C - Progettualità regionali**

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				dirigenza	altro comparto	comparto segreteria	
Linea regionale 3.6. Rete Cure Sicure FVG	Rispetto degli indicatori contenuti nel PAO	<b>Predisposizione e invio alle direzioni di due relazioni semestrali che evidenziano lo stato di attuazione degli obiettivi del PAO (20.07.2019 e 31.01.2020)</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	21%			Direzione medica di presidio

**F - Progettualità aziendali**

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				dirigenza	altro comparto	comparto segreteria	
garantire il supporto alla raccolta dei reclami e delle donazioni/oblazioni	predisposizione report che sintetizza l'attività garantita	<b>entro 31.12</b>	lo stato di attuazione dell'obiettivo verrà relazionato dal dirigente della direzione medica			48%	SOSD Controllo di Gestione
Attività di ricovero per pazienti paganti in proprio	è definita la procedura per la quantificazione dei costi del ricovero a carico del paziente	<b>entro 31.12</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%			49%	Direzione medica di presidio
Riorganizzazione della cartella clinica	Predisporre un regolamento per la gestione della cartella clinica	<b>Entro il 31.10.2019</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	25%			Direzione medica di presidio
Organizzazione e effettuazione di un corso per la corretta compilazione della SDO	Realizzazione di un corso SDO	<b>Evidenza dell'effettuazione del corso</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%			Direzione medica di presidio

<b>Diffusione formale degli obiettivi di budget ai collaboratori</b>	Organizzazione di un incontro con tutti i collaboratori per la presentazione e condivisione degli obiettivi di budget 2019	<b>Trasmissione all'ufficio controllo di gestione del registro presenze entro il 30.04.2019</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="text" value="3%"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	SOSD Controllo di Gestione
<b>Attivazione Gruppi multidisciplinari e multiprofessionali</b>	1. Formalizzazione dei gruppi multidisciplinari 2. Avvio delle attività dei gruppi formalizzati dalla direzione e di competenza della struttura	<b>1. Entro il 30 settembre 2. Evidenza della verbalizzazione degli incontri</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="text" value="20%"/>	<input type="text" value="20%"/>	<input type="text"/>	Direzione medica di presidio
<b>Elaborazione dei documenti per l'individuazione e formalizzazione dei PDTAR in accordo con la direzione</b>	Formalizzazione dei PDTAR	<b>Almeno 2 entro il 31.12</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="text" value="20%"/>	<input type="text" value="20%"/>	<input type="text"/>	Direzione medica di presidio
<b>Integrazione dei requisiti relativi ai diversi sistemi di accreditamento e certificazione presenti in istituto al fine di evitare duplicazioni di attività per la conformità agli stessi</b>	Predisposizione di un documento	<b>Entro il 31.12.2019</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="text"/>	<input type="text" value="57%"/>	<input type="text"/>	Direzione medica di presidio

## I - Risorse

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				dirigenza	altro comparto	comparto segreteria	
<b>Gestire le ferie della dirigenza e del comparto</b>	Numero gg di ferie da fruire entro il 31/12/2019	<b>Numero di giorni da fruire calcolati secondo i criteri di valutazione riportati</b>	<p>1. per coloro che hanno diritto al congedo supplementare per il rischio radiologico: 100% ferie anno corrente + festività soppresse;</p> <p>2. per coloro che non hanno diritto al congedo supplementare per il rischio radiologico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2019 ≥ al diritto ferie di un anno + festività soppresse : fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari al 100% del maturato di un anno + ulteriori 5 giorni;</li> <li>- per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2019 &lt; del diritto ferie di un anno + festività soppresse: fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari al 100% del maturato di un anno.</li> </ul> <p>nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso. L'obiettivo verrà valutato complessivamente a livello di struttura operativa</p>	<input type="text" value="3%"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	SOSD Controllo di Gestione

**Contenimento delle ore di straordinario liquidabili del personale del comparto della direzione**

Numero di ore di straordinario liquidabili

**≤ n. ore assegnate con nota prot. N 3748 del 27.02.2019**

L'eccedenza oraria, comprese le ore liquidabili assegnate, deve essere governata durante l'anno dal direttore/responsabile

3%

3%

3%

Ufficio Personale

100%

100%

100%

SCHEDA DI BUDGET 2019 - SOSD FARMACIA - DIRIGENZA E COMPARTO

Si precisa che i pesi percentuali in termini di incentivazione sono assegnati secondo i seguenti criteri:

- 50% al rispetto dell'equilibrio di bilancio

- 50% distribuiti agli obiettivi presenti nella seguente scheda di budget

**B - Ricerca**

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	comparto	
Mantenimento livelli di produzione scientifica	1. impact factor grezzo frazionato 2017-2019 2. Numero delle pubblicazioni anni 2017-2019 (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura) 3. numero pubblicazioni con I.F. $\geq$ 3 (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura)	1. > <b>impact factor grezzo frazionato 2016-2018</b> 2. > <b>numero pubblicazioni anni 2016-2018</b> 3. <b>almeno 1</b>	Sui primi due indicatori viene riconosciuta una franchigia del 20% entro la quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%. Al di sotto della franchigia l'obiettivo non è raggiunto. L'obiettivo viene considerato raggiunto se vengono raggiunti almeno due target	5%	5%		Biblioteca Scientifica

**C - Progettualità regionali**

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	comparto	
Linea regionale 3.3.5. Biosimilari - indicatori per categorie di medicinali in cui è disponibile l'alternativa biosimile	Invio di due relazioni semestrali da cui si evincano le attività svolte, i percorsi attivati con i prescrittori ed i monitoraggi effettuati secondo la scheda della DCS.	1° invio relazione alla direzione entro il <b>01/08/2019</b> per il successivo invio alla DCS 2° invio relazione entro il <b>10/02/2020</b> per il successivo invio alla DCS	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si = 100% se il risultato è no = 0%	12%	12%	17%	SOSD Farmacia

<p><b>Linea regionale 3.3.2. Appropriata prescrivibilità Iniziative di audit e feedback adottate e delle azioni più significative intraprese nel corso del primo e del secondo semestre del 2019 (in particolare per oncologici, immunologici, equivalenti, ecc).</b></p>	<p>Invio alla DCS da parte delle Aziende di due relazioni semestrali da cui si evincano: - 3 obiettivi assegnati alle U.O aziendali relativi a setting specialistici ad alto impatto di spesa; - Azioni intraprese per le categorie principali.</p>	<p><b>1° invio relazione alla direzione entro il 01/08/2019 per il successivo invio alla DCS 2° invio relazione entro il 10/02/2020 per il successivo invio alla DCS</b></p>	<p>modalità di valutazione: Relazioni inviate nei termini: sì/no (peso 50%) Relazioni congruenti in base agli obiettivi assegnati: sì/no (peso 50%)</p>	12%	12%	17%	SOSD Farmacia
<p><b>Linea regionale 3.3.6. Distribuzione diretta (DD): erogazione dei medicinali da parte delle strutture sanitarie (diretta, primo ciclo di dimissione ospedaliera o visita ambulatoriale) secondo la DGR 12/2018.</b></p>	<p>predisposizione report semestrali sull'attività svolta secondo il modello predisposto dalla DCG</p>	<p><b>Invio di due report semestrali sull'attività svolta nell'ambito della distribuzione diretta entro il 01.08.2019 e entro il 10.02.2020.</b></p>	<p>Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%</p>	15%	15%	20%	SOSD Farmacia
<p><b>Linea regionale 3.3.9 Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica Registri AIFA e recupero rimborsi</b></p>	<p>1) registrazione di tutti i dati richiesti (anche con particolare riferimento ai medicinali innovativi), nel rispetto delle indicazioni autorizzate e dei criteri di eleggibilità definiti dall'AIFA; 2) Assicurare l'invio delle Richieste di Rimborso secondo le modalità definite da AIFA per tutti i farmaci con accordo MEA.</p>	<p><b>Evidenza dei monitoraggi/controlli effettuati/percorsi aziendali per la risoluzione di eventuali criticità.</b></p>	<p>L'obiettivo viene valutato in questo modo: 1. presenza di un percorso aziendale per la gestione delle criticità: sì/no 2. riscontro agli approfondimenti/richieste di verifica relative ai registri AIFA/procedure di rimborso, inviate nei termini indicati: sì/no</p>	22%	28%	20%	SOSD Farmacia
<p><b>Linea regionale 3.3.9 Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica garantire le implementazione, le verifiche e i controlli dei flussi informativi farmaceutica verso le amministrazioni centrali</b></p>	<p>1. Verifiche dei dati entro il 10 di ogni mese utilizzando la reportistica a disposizione sul portale SSSR (mancati invii, prezzi medi, revocati, ecc), con particolare riferimento ai disallineamenti derivanti da possibile mancato invio. 2. Integrale copertura fase 3/fase 2 3. Inserimento codice targatura in fase di erogazione diretta dei medicinali 4. Riscontro agli approfondimenti richiesti o segnalazioni inviate.</p>	<p><b>1. Verifiche dei dati entro il 10 di ogni mese 2. &gt; 99,5% della spesa negli ambiti previsti 3. &gt; 99% 4. entro 15 giorni dalla richiesta</b></p>	<p>Modalità di valutazione: 2. indicatore copertura fase 3/fase 2: % &gt; 99,5%: raggiunto % tra 99% e 99,5%: parzialmente raggiunto (in proporzione all'intervallo) % &lt; 99 non raggiunto 3. indicatore targatura: - % confezioni diretta PSM &gt; 99%: raggiunto - % confezioni diretta PSM da 97% a 99%: parzialmente raggiunto (in proporzione all'intervallo) - % confezioni diretta PSM &lt; 97%: non raggiunto 4. indicatore Riscontri agli approfondimenti effettuati nei termini: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%. L'obiettivo viene considerato raggiunto se vengono rispettati tutti i target</p>	10%	10%	20%	SOSD Farmacia

**Linea regionale 3.3.10 Farmacovigilanza**

1. partecipazione agli incontri periodici del gruppo di Coordinamento ed evidenza della relazione scientifica e della rendicontazione entro le tempistiche stabilite dalla convenzione in essere;  
 2. partecipazione ai tre moduli FAD da parte dei responsabili della farmacovigilanza e dei loro collaboratori  
 3. assicurare azioni per incentivare le segnalazioni on-line: segnalazione-on line/segnalazioni totali

**1. Evidenza della partecipazione alle progettualità avviate dalla DCS e alle attività formative organizzate dalla stessa;**  
**2. evidenza della partecipazione da parte di tutti gli operatori sanitari interessati**  
**3. 5% in più rispetto al valore gen-ago 2018 (70%)**

1. partecipazione agli incontri periodici: sì/no Presenza della relazione scientifica e della rendicontazione entro le tempistiche previste dalla convenzione in essere: sì/no  
 2. % partecipazione degli operatori sanitari individuati = 100% : obiettivo raggiunto tra il 70% e il 99%: obiettivo parzialmente raggiunto (in proporzione all'intervallo)  
 < 70%: obiettivo non raggiunto  
 3. % di segnalazioni on line: ≥ 5% : obiettivo raggiunto tra il 2,5% e il 5%: obiettivo parzialmente raggiunto (in proporzione all'intervallo)  
 < 2,5%: obiettivo non raggiunto  
 L'obiettivo viene considerato raggiunto se vengono rispettati tutti i target

15%

15%

SOSD Farmacia

**F - Progettualità aziendali**

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	comparto	
Diffusione formale degli obiettivi di budget ai collaboratori	Organizzazione di un incontro con tutti i collaboratori per la presentazione e condivisione degli obiettivi di budget 2019	Trasmissione all'ufficio controllo di gestione del registro presenze entro il 30.04.2019	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	3%	3%	3%	SOSD Controllo di Gestione

**I - Risorse**

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	comparto	

<b>Gestire le ferie della dirigenza e del comparto</b>	Numero gg di ferie da fruire entro il 31/12/2019	<b>Numero di giorni da fruire calcolati secondo i criteri di valutazione riportati</b>	<p>1. per coloro che hanno diritto al congedo supplementare per il rischio radiologico: 100% ferie anno corrente + festività soppresse;</p> <p>2. per coloro che non hanno diritto al congedo supplementare per il rischio radiologico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2019 ≥ al diritto ferie di un anno + festività soppresse : fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari al 100% del maturato di un anno + ulteriori 5 giorni;</li> <li>- per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2019 &lt; del diritto ferie di un anno + festività soppresse: fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari al 100% del maturato di un anno.</li> </ul> <p>nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso.</p> <p>L'obiettivo verrà valutato complessivamente a livello di struttura operativa</p>	3%			SOSD Controllo di Gestione
<b>Contenimento delle ore di straordinario liquidabili del personale del comparto della struttura</b>	Numero di ore di straordinario liquidabili	<b>≤ n. ore assegnate con nota prot. N 3748 del 27.02.2019</b>	L'eccedenza oraria, comprese le ore liquidabili assegnate, deve essere governata durante l'anno dal direttore/responsabile	3%		3%	Ufficio personale
				100%	100%	100%	

SCHEDA DI BUDGET 2019 - DIREZIONE SCIENTIFICA: SEGRETERIA SCIENTIFICA - DIRIGENZA E COMPARTO

Si precisa che i pesi percentuali in termini di incentivazione sono assegnati secondo i seguenti criteri:

- 50% al rispetto dell'equilibrio di bilancio
- 50% distribuiti agli obiettivi presenti nella seguente scheda di budget

F - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	(*) PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE DEL DATO
				dirigenza	comparto	
Fundraising	Recupero di almeno una parte degli indirizzi di donatori che hanno effettuato donazione per la ricerca e che a causa di errata trascrizione bancaria risultano con indirizzo assente o incompleto	<b>Percentuale di indirizzi recuperati sul totale di indirizzi errati o incompleti (≥50%)</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="text"/>	<input type="text" value="20%"/>	Direzione Scientifica
Accreditamento OECl	a)Redigere il regolamento per i team multidisciplinari e coordinare la discussione con i responsabili di unità b)Coordinare i gruppi di lavoro per l'autovalutazione dei capitoli del manuale OECl (Leadership and Management of the cancer centre, Prevention and early diagnoses, Cancer treatment and care, Research, innovation and development, Teaching and continuing education, Patient centeredness, and quantitative standards) c)Organizzare visita di accreditamento	<b>a)Approvazione del regolamento dei team multidisciplinari b)Completamento dell'autovalutazione nel portale online dell'OECl c)Programma della visita</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="text" value="20%"/>	<input type="text" value="25%"/>	Direzione Scientifica
Task Force	a)Coordinare l'attività della task force 1 (progetto SENECA) e della task force 2 (database dei clinical trials) b)Coordinare la collaborazione con il master in High Performance Computing della SISSA	<b>1)Verbali delle riunioni 2)Firma convenzione con la SISSA e attivazione borse di studio per due studenti del master che frequenteranno il CRO.</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="text" value="50%"/>	<input type="text" value="10%"/>	Direzione Scientifica

<b>Sostegno alla sperimentazione clinica</b>	Velocizzazione del preesame per vaglio dei protocolli prima dell'invio al CEUR	<b>Protocolli valutati entro un mese dal momento del completamento dell'istruttoria: ≥80%</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox" value="20"/>	Direzione Scientifica
<b>Conferma riconoscimento carattere scientifico</b>	1)Convocazione riunione con Direzioni Strategiche per avvio procedura e attribuzione dei compiti 2)Stesura documento "Modulario per l'invio dei documenti per la conferma del carattere scientifico degli Istituti/IRCCS - ALLEGATO "B" (D.M. 14 marzo 2013, D.M. 5 febbraio 2015)"	<b>Scambio informazioni con Ministero della Salute</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox" value="25"/>	Direzione Scientifica

## I - Risorse

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	(*) PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE DEL DATO
				dirigenza	comparto	
<b>Gestire le ferie della dirigenza e del comparto</b>	Numero gg di ferie da fruire entro il 31/12/2019	<b>Numero di giorni da fruire calcolati secondo i criteri di valutazione riportati</b>	1. per coloro che hanno diritto al congedo supplementare per il rischio radiologico: 100% ferie anno corrente + festività soppresse; 2. per coloro che non hanno diritto al congedo supplementare per il rischio radiologico: - per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2019 ≥ al diritto ferie di un anno + festività soppresse : fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari al 100% del maturato di un anno + ulteriori 5 giorni; - per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2019 < del diritto ferie di un anno + festività soppresse: fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari al 100% del maturato di un anno. nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso. L'obiettivo verrà valutato complessivamente a livello di struttura operativa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SOSD Controllo di Gestione
<b>Contenimento delle ore di straordinario liquidabili del personale del comparto</b>	Numero di ore di straordinario liquidabili	<b>≤ n. ore assegnate con nota prot. N 3748 del 27.02.2019</b>	L'eccedenza oraria, comprese le ore liquidabili assegnate, deve essere governata durante l'anno dal direttore/responsabile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ufficio Personale

Per quanto riguarda gli obiettivi della gestione delle ferie e del contenimento delle ore di straordinario si precisa che non sono stati incentivati perchè la gestione è in capo al Direttore Scientifico

\*L'obiettivo assegnato alla dirigenza (70%) è attribuito al dirigente medico in staff alla direzione scientifica

SCHEDA DI BUDGET 2019 - DIREZIONE SCIENTIFICA: UFFICIO GRANT - DIRIGENZA E COMPARTO

Si precisa che i pesi percentuali in termini di incentivazione sono assegnati secondo i seguenti criteri:

- 50% al rispetto dell'equilibrio di bilancio
- 50% distribuiti agli obiettivi presenti nella seguente scheda di budget

F - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	(*) PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE DEL DATO
				dirigenza	comparto	
Snellimento e informatizzazione procedure per la gestione amministrativo-contabile dei progetti RF	Riduzione delle richieste 'cartacee' e contestuale utilizzo di form nel DBR; archiviazione elettronica (in sostituzione di quella cartacea).	a) implementazione form per richieste di personale nel DBRb) Effettiva archiviazione digitale documenti nel DBR	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	30%	Direzione Scientifica
Migliore caratterizzazione del ruolo specifico dei diversi tipi di finanziamento della ricerca	Aumento della efficienza della ricerca e regolarità delle spese (combinare progetti in collaborazioni più ampie e continuative	Proposta di modalità di assegnazione di un budget annuale di ricerca per struttura	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si = 100% se il risultato è no = 0%	30%	40%	Direzione Scientifica
Programmazione degli acquisti di beni e servizi su fondi finalizzati	è garantita la programmazione	rispetto delle scadenze	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	30%	Direzione Scientifica

I - Risorse

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

**Gestire le ferie della dirigenza e del comparto**

Numero gg di ferie da fruire entro il 31/12/2019

**Numero di giorni da fruire calcolati secondo i criteri di valutazione riportati**

1. per coloro che hanno diritto al congedo supplementare per il rischio radiologico: 100% ferie anno corrente + festività soppresse;

2. per coloro che non hanno diritto al congedo supplementare per il rischio radiologico:

- per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2019  $\geq$  al diritto ferie di un anno + festività soppresse : fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari al 100% del maturato di un anno + ulteriori 5 giorni;
- per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2019  $<$  del diritto ferie di un anno + festività soppresse: fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari al 100% del maturato di un anno.

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

L'obiettivo verrà valutato complessivamente a livello di struttura operativa

SOSD Controllo di Gestione

**Contenimento delle ore di straordinario liquidabili del personale del comparto della direzione**

Numero di ore di straordinario liquidabili

 **$\leq$  n. ore assegnate con nota prot. N 3748 del 27.02.2019**

L'eccedenza oraria, comprese le ore liquidabili assegnate, deve essere governata durante l'anno dal direttore/responsabile

Ufficio Personale

Per quanto riguarda gli obiettivi della gestione delle ferie e del contenimento delle ore di straordinario si precisa che non sono stati incentivati perchè la gestione è in capo al Direttore Scientifico

\*L'obiettivo assegnato alla dirigenza (30%) è attribuito al dirigente medico in staff alla direzione scientifica

SCHEDA DI BUDGET 2019 - DIREZIONE SCIENTIFICA: UFFICIO TRASFERIMENTO TECNOLOGICO - DIRIGENZA E COMPARTO

Si precisa che i pesi percentuali in termini di incentivazione sono assegnati secondo i seguenti criteri:

- 50% al rispetto dell'equilibrio di bilancio
- 50% distribuiti agli obiettivi presenti nella seguente scheda di budget

F - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE DEL DATO
				dirigenza	comparto	
Promozione dei processi di trasferimento tecnologico	N° di risultati della ricerca valorizzabili da nuova invenzione brevettata nell'anno e/o trasferimento in licenza o contratto in co-development.	almeno 1 brevetto	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	100%	Direzione Scientifica

I - Risorse

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE DEL DATO
				dirigenza	comparto	
Gestire le ferie della dirigenza e del comparto	Numero gg di ferie da fruire entro il 31/12/2019	Numero di giorni da fruire calcolati secondo i criteri di valutazione riportati	1. per coloro che hanno diritto al congedo supplementare per il rischio radiologico: 100% ferie anno corrente + festività soppresse; 2. per coloro che non hanno diritto al congedo supplementare per il rischio radiologico: - per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2019 ≥ al diritto ferie di un anno + festività soppresse : fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari al 100% del maturato di un anno + ulteriori 5 giorni; - per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2019 < del diritto ferie di un anno + festività soppresse: fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari al 100% del maturato di un anno. nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso. L'obiettivo verrà valutato complessivamente a livello di struttura operativa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SOSD Controllo di Gestione
Contenimento delle ore di straordinario liquidabili del personale del comparto	Numero di ore di straordinario liquidabili	≤ n. ore assegnate con nota prot. N 3748 del 27.02.2019	L'eccedenza oraria, comprese le ore liquidabili assegnate, deve essere governata durante l'anno dal direttore/responsabile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ufficio Personale

---

Per quanto riguarda gli obiettivi della gestione delle ferie e del contenimento delle ore di straordinario si precisa che non sono stati incentivati perchè la gestione è in capo al Direttore Scientifico



100%

**SCHEDA DI BUDGET 2019 - DIREZIONE SCIENTIFICA: UFFICIO SPERIMENTAZIONI CLINICHE - DIRIGENZA E COMPARTO**

Si precisa che i pesi percentuali in termini di incentivazione sono assegnati secondo i seguenti criteri:

- 50% al rispetto dell'equilibrio di bilancio
- 50% distribuiti agli obiettivi presenti nella seguente scheda di budget

**F - Progettualità aziendali**

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE DEL DATO
				dirigenza	comparto	
Miglioramento della qualità della sperimentazione clinica	Formazione del personale del CTO (Study Coordinator Infermiere di Ricerca)	Partecipazione a due corsi formativi al CRO di Aviano della durata di un anno (nell'anno 2019 saranno previsti 4 incontri), che avranno come tema i trattamenti delle principali neoplasie solide e onco-ematologiche)	Attestato di partecipazione e attribuzione crediti ECM	<input type="checkbox"/>	100%	Direzione Scientifica

**I - Risorse**

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE DEL DATO
				dirigenza	comparto	
Gestire le ferie della dirigenza e del comparto	Numero gg di ferie da fruire entro il 31/12/2019	Numero di giorni da fruire calcolati secondo i criteri di valutazione riportati	1. per coloro che hanno diritto al congedo supplementare per il rischio radiologico: 100% ferie anno corrente + festività soppresse; 2. per coloro che non hanno diritto al congedo supplementare per il rischio radiologico: - per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2019 ≥ al diritto ferie di un anno + festività soppresse : fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari al 100% del maturato di un anno + ulteriori 5 giorni; - per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2019 < del diritto ferie di un anno + festività soppresse: fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari al 100% del maturato di un anno. nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso. L'obiettivo verrà valutato complessivamente a livello di struttura operativa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SOSD Controllo di Gestione
Contenimento delle ore di straordinario liquidabili del personale del comparto	Numero di ore di straordinario liquidabili	≤ n. ore assegnate con nota prot. N 3748 del 27.02.2019	L'eccedenza oraria, comprese le ore liquidabili assegnate, deve essere governata durante l'anno dal direttore/responsabile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ufficio Personale

---

Per quanto riguarda gli obiettivi della gestione delle ferie e del contenimento delle ore di straordinario si precisa che non sono stati incentivati perchè la gestione è in capo al Direttore Scientifico

100%

SCHEDA DI BUDGET 2019 - DIREZIONE SCIENTIFICA: COMITATO ETICO UNICO REGIONALE - DIRIGENZA E COMPARTO

Si precisa che i pesi percentuali in termini di incentivazione sono assegnati secondo i seguenti criteri:

- 50% al rispetto dell'equilibrio di bilancio
- 50% distribuiti agli obiettivi presenti nella seguente scheda di budget

F - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE DEL DATO
				dirigenza	comparto	
Utilizzazione della piattaforma CINECA	Supporto completo all'attività del CEUR, mediante inserimento di tutti gli studi in piattaforma, emendamenti e notifiche. Creazione dell'ordine del giorno attraverso la piattaforma medesima	evidenza rendicontazione dell'attività del CEUR	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	100%	Direzione Scientifica
Seminari di metodologia sperimentale	Supporto all'attività degli sperimentatori all'interno del CRO e in ambito regionale	presenza della documentazione del report di tali eventi al CRO e fuori CRO	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	100%	<input type="checkbox"/>	Direzione Scientifica

I - Risorse

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE DEL DATO
				dirigenza	comparto	
Gestire le ferie della dirigenza e del comparto	Numero gg di ferie da fruire entro il 31/12/2019	Numero di giorni da fruire calcolati secondo i criteri di valutazione riportati	1. per coloro che hanno diritto al congedo supplementare per il rischio radiologico: 100% ferie anno corrente + festività soppresse; 2. per coloro che non hanno diritto al congedo supplementare per il rischio radiologico: - per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2019 ≥ al diritto ferie di un anno + festività soppresse : fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari al 100% del maturato di un anno + ulteriori 5 giorni; - per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2019 < del diritto ferie di un anno + festività soppresse: fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari al 100% del maturato di un anno. nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso. L'obiettivo verrà valutato complessivamente a livello di struttura operativa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SOSD Controllo di Gestione

**Contenimento delle ore di straordinario liquidabili del personale del comparto**

Numero di ore di straordinario liquidabili

**≤ n. ore assegnate con nota prot. N 3748 del 27.02.2019**

L'eccedenza oraria, comprese le ore liquidabili assegnate, deve essere governata durante l'anno dal direttore/responsabile

Ufficio Personale

Per quanto riguarda gli obiettivi della gestione delle ferie e del contenimento delle ore di straordinario si precisa che non sono stati incentivati perchè la gestione è in capo al Direttore Scientifico

100%

100%

SCHEDA DI BUDGET 2019 - DIREZIONE SCIENTIFICA: CENTRO ATTIVITÀ FORMATIVE - DIRIGENZA E COMPARTO

Si precisa che i pesi percentuali in termini di incentivazione sono assegnati secondo i seguenti criteri:

- 50% al rispetto dell'equilibrio di bilancio
- 50% distribuiti agli obiettivi presenti nella seguente scheda di budget

F - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE DEL DATO
				dirigenza	comparto	
Formazione strategica sull'umanizzazione delle cure e la medicina narrativa	a. realizzazione di un ciclo di workshop di medicina narrativa; b. Realizzazione di eventi per il progetto "Laboratorio permanente di scrittura per operatori, pazienti e caregivers"; c. Corso di scrittura creativa per pazienti e caregivers.	a. realizzazione di almeno 3 workshop di medicina narrativa; b. Realizzazione di almeno 3 eventi per il progetto "Laboratorio permanente di scrittura per operatori, pazienti e caregivers"; c. Conclusione corso 2018-2019 e avvio nuovo corso 2019.	a. evidenza della realizzazione degli workshop previsti; b. Realizzazione di 3 eventi inerenti il progetto "Laboratorio permanente di scrittura per operatori, pazienti e caregivers"; c. Evidenza conclusione corso 2018-2019 e avvio nuovo corso 2019.	60%	60%	CAF
Piano formativo annuale del cro anno 2019 (deliberazione del direttore generale n. 86 del 28.02.2019)	predisposizione di una offerta formativa interna	soddisfare il debito formativo ECM per il personale della dirigenza per una quota pari ad almeno 25 crediti su 50 nell'anno	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si = 100% se il risultato è no = 0%	34%	37%	CAF

I - Risorse

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE DEL DATO
				dirigenza	comparto	

**Gestire le ferie della dirigenza e del comparto**

Numero gg di ferie da fruire entro il 31/12/2019

**Numero di giorni da fruire calcolati secondo i criteri di valutazione riportati**

1. per coloro che hanno diritto al congedo supplementare per il rischio radiologico: 100% ferie anno corrente + festività soppresse;

2. per coloro che non hanno diritto al congedo supplementare per il rischio radiologico:

- per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2019  $\geq$  al diritto ferie di un anno + festività soppresse : fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari al 100% del maturato di un anno + ulteriori 5 giorni;
- per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2019  $<$  del diritto ferie di un anno + festività soppresse: fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari al 100% del maturato di un anno.

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

L'obiettivo verrà valutato complessivamente a livello di struttura operativa

3%

SOSD Controllo di Gestione

**Contenimento delle ore di straordinario liquidabili del personale del comparto**

Numero di ore di straordinario liquidabili

 **$\leq$  n. ore assegnate con nota prot. N 3748 del 27.02.2019**

L'eccedenza oraria, comprese le ore liquidabili assegnate, deve essere governata durante l'anno dal direttore/responsabile

3%

3%

Ufficio Personale

100%

100%

SCHEDA DI BUDGET 2019 - DIREZIONE SCIENTIFICA: SERVIZIO BIBLIOTECA - DIRIGENZA E COMPARTO

Si precisa che i pesi percentuali in termini di incentivazione sono assegnati secondo i seguenti criteri:

- 50% al rispetto dell'equilibrio di bilancio
- 50% distribuiti agli obiettivi presenti nella seguente scheda di budget

F - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE DEL DATO
				dirigenza	comparto	
Indicatori di produttività scientifica: migliorare l'attribuzione dell'Impact Factor alle strutture operative CRO e incentivare la produttività scientifica globale d'Istituto grazie anche a conoscenza e buon utilizzo degli indicatori di produttività scie	a) report trimestrali di produttività scientifica contenenti gli indicatori stabiliti in sede di budget delle varie SO; b) organizzazione di almeno 1 corso rivolto al personale per informare circa risorse informative della biblioteca	<b>Monitoraggio e promozione produttività scientifica</b>	n. reports trimestrali; n. corsi; rilevazione gradimento	50%	50%	Biblioteca Scientifica
Mantenere e promuovere l'accesso alle risorse elettroniche, riviste e libri	a) mantenere il catalogo TDNet per l'accesso a riviste, banche dati, e-book; b) promuoverne la fruizione anche dall'esterno tramite corsi di formazione ed helpdesk; c) catalogo dei libri Biblioest aggiornato + nesletter	<b>a) mantenere i cataloghi e database per l'accesso alle risorse elettroniche e su altri supporti; b) garantire l'accesso da remoto;</b>	cataloghi TDNet e Biblioest funzionanti (verifica tramite link); almeno un corso di formazione all'utilizzo delle risorse elettroniche e non	25%	25%	Biblioteca Scientifica
Predisposizione materiale divulgativo per i PDTA formalizzati	Elaborazione materiale divulgativo	<b>almeno 1</b>	il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	25%	25%	Biblioteca Scientifica

I - Risorse

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE DEL DATO
				dirigenza	comparto	

**Gestire le ferie della dirigenza e del comparto**

Numero gg di ferie da fruire entro il 31/12/2019

**Numero di giorni da fruire calcolati secondo i criteri di valutazione riportati**

1. per coloro che hanno diritto al congedo supplementare per il rischio radiologico: 100% ferie anno corrente + festività soppresse;  
2. per coloro che non hanno diritto al congedo supplementare per il rischio radiologico:  
- per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2019  $\geq$  al diritto ferie di un anno + festività soppresse : fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari al 100% del maturato di un anno + ulteriori 5 giorni;  
- per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2019  $<$  del diritto ferie di un anno + festività soppresse: fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari al 100% del maturato di un anno.  
nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso.  
L'obiettivo verrà valutato complessivamente a livello di struttura operativa

SOSD Controllo di Gestione

**Contenimento delle ore di straordinario liquidabili del personale del comparto**

Numero di ore di straordinario liquidabili

 **$\leq$  n. ore assegnate con nota prot. N 3748 del 27.02.2019**

L'eccedenza oraria, comprese le ore liquidabili assegnate, deve essere governata durante l'anno dal direttore/responsabile

Ufficio Personale

Per quanto riguarda gli obiettivi della gestione delle ferie e del contenimento delle ore di straordinario si precisa che non sono stati incentivati perchè la gestione è in capo al Direttore Scientifico

SCHEDA DI BUDGET 2019 - SOC EPIDEMIOLOGIA ONCOLOGICA - DIRIGENZA E COMPARTO

Si precisa che i pesi percentuali in termini di incentivazione sono assegnati secondo i seguenti criteri:

- 50% al rispetto dell'equilibrio di bilancio
- 50% distribuiti agli obiettivi presenti nella seguente scheda di budget

B - Ricerca

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	comparto	
Mantenimento livelli di produzione scientifica	1. punti di impact factor grezzo 2. pubblicazioni con IF grezzo $\geq 7$	1. > 120 2. $\geq 1$ pubblicazione	1. Al primo indicatore viene riconosciuta una franchigia del 10% entro la quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%. Al di sotto della franchigia il target non è raggiunto. 2. I risultati vengono valutati come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% L'obiettivo viene considerato raggiunto come media del raggiungimento dei due obiettivi.	40%	40%	22%	Biblioteca Scientifica

C - Progettualità regionali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	comparto	
Registrazione dei tumori in Friuli Venezia Giulia	Aggiornamento incidenza dal 2014 al 2016	Risoluzione di almeno il 50% dei casi probabili	L'obiettivo viene valutato come segue: > 50%= 100%; 30%-50% = 80%; < 50%=0.	24%	30%	25%	SOC Epidemiologia
Partecipazione agli studi di epidemiologia ambientale	Adesione alle richieste provenienti da ARCS FVG o enti pubblici	Adesione almeno del 50% delle richieste	I risultati vengono valutati come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	10%	10%	25%	SOC Epidemiologia
Partecipazione alla reteHPH: promozione della salute negli ospedali e nei servizi sanitari (punto 3.7 della delibera di giunta regionale n. 2554 del 28.12.2018: linee annuali per la gestione del SSR per il 2019)	Partecipazione al gruppo di lavoro cro per la prevenzione del fumo tra i dipendenti e i visitatori dell'irccs cro;	Partecipazione di almeno il 75% delle riunioni	I risultati vengono valutati come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	10%	10%	25%	SOC Epidemiologia

## F - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	comparto	
attività divulgativa	Numero di incontri	> n. 8	L'obiettivo verrà valutato come segue: > 8 = 100%; 5-8=80%; < 5=0%.	10%	10%	<input type="text"/>	SOC Epidemiologia

## I - Risorse

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	comparto	
Gestire le ferie della dirigenza e del comparto	Numero gg di ferie da fruire entro il 31/12/2019	<b>Numero di giorni da fruire calcolati secondo i criteri di valutazione riportati</b>	1. per coloro che hanno diritto al congedo supplementare per il rischio radiologico: 100% ferie anno corrente + festività soppresse; 2. per coloro che non hanno diritto al congedo supplementare per il rischio radiologico: - per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2019 ≥ al diritto ferie di un anno + festività soppresse : fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari al 100% del maturato di un anno + ulteriori 5 giorni; - per coloro che hanno un residuo ferie al 01.01.2019 < del diritto ferie di un anno + festività soppresse: fruire di un numero di giorni di ferie e festività soppresse pari al 100% del maturato di un anno. nella valutazione si terrà conto di eventuali lunghe assenze per malattia (non inferiore a 2 mesi) o aspettativa (maternità o altro), che concretamente impediscano la fruizione delle ferie da parte del personale interessato, correggendo il risultato atteso. L'obiettivo verrà valutato complessivamente a livello di struttura operativa	3%	<input type="text"/>	<input type="text"/>	SOSD Controllo di Gestione
Contenimento delle ore di straordinario liquidabili del personale del comparto della struttura	Numero di ore di straordinario liquidabili	<b>≤ n. ore assegnate con nota prot. N 3748 del 27.02.2019</b>	L'eccedenza oraria, comprese le ore liquidabili assegnate, deve essere governata durante l'anno dal direttore/responsabile	3%	<input type="text"/>	3%	Ufficio Personale

---

100%

100%

100%

**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 09/04/2019, ai sensi dell'art. 32, comma 1, della Legge 18.06.2009, n. 69.

---

**CERTIFICATO DI ESECUTIVITÀ**

La presente deliberazione è divenuta esecutiva il 09/04/2019, 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. DIPARTIMENTO

Aviano, li 09/04/2019

L'INCARICATO  
Stefania Colussi

---